

第三者行為による傷病届

被 保 険 者 ・ 医 療 受 給 者	氏名			電話					
	生年月日	明・大・昭・平		年	月	日生 (歳)			
	被保険者証・記号番号				個人番号				
	事故発生日	平成		年	月	日	午前・後	時	分頃
	事故場所								
	病 院 名			診 療 期 間	. . ~ . .		転 帰 欄	治ゆ・継続・()	
					. . ~ . .			治ゆ・継続・()	
					. . ~ . .			治ゆ・継続・()	
	被保険者		徒歩・自転車・単車・乗用車・その他 ()						
	相手方		徒歩・自転車・単車・乗用車・その他 ()						

相 手 方	氏名			男・女	年齢	歳	
	住所	電話					
	勤務先	電話					
	保 険 契 約 者	氏名					
		住所					電話
	保有者との関係		本人・従業員・親族(続柄)				・その他
	自動車	車両番号(ナンバープレート)					
	自賠責保険	会社名			証明書番号		
	任意保険	会社名			担当者名		

上記のとおり届け出ます。

平成 年 月 日

与論町長 様

住 所
世帯主
氏 名

印