

第三者行為による傷病届

被害者	被保険者 記号番号	05— (枝番)		個人番号									
	氏名				生年月日	年 月 日			世帯主との続柄				
事故の 状況	発生日時	年 月 日 午前 午後 時 分頃			発生場所								
	原因及び その状況												
加害者に関する こと	氏名				使用者	法人名							
	住所					所在地							
	電話			職業			代表者			電話			
	自賠責 保険	名称	保険会社			被保険者 記号番号	第 号						
		契約者住所					契約者氏名						
任意 保険	有・ 無	名称	保険会社			支店	担当者						
		所在地				電話							
被害の 状況	傷病名			事故の けがの 診療	初診年月日	年 月 日							
					国民健康 保険利用	有・無	年 月 日から						
	医療 機関名	(事故等のけがの診療で利用した医療機関、薬局等を 全て記載)			治癒ま での見 込み	全治	日間(見込)						
						後遺症	残る・残らない・不明						
損害賠償に 関する交渉 経過	相手方との 交渉の内容		(医療費の負担状況、損害保険の適用状況、受領した金品の内訳、今後の見通し、 代理人の有無等を記載)										
	示談に ついて	有・無	有の場合、示談書の写しを添付してください。										
<p>上記のとおりお届けします。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 文京区 丁目 番 号</p> <p>文京区長 殿 世帯主 氏名</p> <p>電話 ()</p>													