第三者行為による傷病届

被害者	被保険者証記号・番号	05－　　・　　（枝番）		個人番号					
	氏名		生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		世帯主との続柄			
事故の状況	発生日時	令和　　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	被保険者証記号・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		事故の怪我の診療	初診年月日	令和　　年　　月　　日				
				国民健康保険証利用	有・無	令和　　年　　月　　日から			
	医療機関名	（事故等の怪我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			
					診療費総額	円程度			
	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。					

上記のとおりお届けします。

令和　　年　　月　　日

文京区長　殿

世帯主　住所　文京区　　丁目　　番　　号

氏名

電話　　（　　）