

第三者行為による傷病届け

被害者	被保険者記号番号	被害者氏名	生 年 月 日	世帯主との続柄
			年 月 日	
加害者	住所	左 用 者	所在地	
	氏名		名 称	
	電話		代 表 者	
	— —		電 話	— —
	加害者不明の場合その状況			
事故の状況	発 生 年 月 日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃		
	発 生 場 所			
	事故原因とその状況	所轄署	警察署	
	過失の程度	1. 大部分第三者過失 4. 大部分被害者過失 2. 相互過失 5. 被害者無過失 3. 第三者無過失 6. 不明		
被害の状況	傷 病 名			
	初 診 年 月 日	令和 年 月 日		
	診療見込期間	入院 か月 / 通院 か月		
	診 療 費 見 込	円	後遺症	有 ・ 無 ・ 不明
診療を受けている医療機関	名 称			
	所在地			
<p>上記のとおりお届けします。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 印 _____</p> <p>東京都大島町長 殿 電話 _____</p>				

第三者行為による傷病届け

以下の記載事例に沿って(被害者が)ご記入願います。

被保険者記号番号		被害者氏名		生年月日		世帯主との続柄	
56-00-1234		被害者 太郎		昭和46年11月20日		本人	
加害者	住所	東京都千代田区100番地		左 使用者	所在地		
	氏名	加害者 一郎			名称		
	電話	03-1234-5678			代表者		
				電話	- -		
加害者不明の場合その状況							
発生年月日		令和元年11月11日 午前・ 午後 11時11分頃					
発生場所		東京都大島町元町1丁目					
事故原因とその状況						所轄署	大島 警察署
過失の程度		1. 大部分第三者過失 2. 相互過失 3. 第三者無過失		4. 大部分被害者過失 5. 被害者無過失 6. 不明			
傷病名		脳挫傷、左膝関節痛					
初診年月日		令和元年11月11日					
診療見込期間		入院 1か月 / 通院 か月					
診療費見込		円		後遺症		有・無・ 不明	
診療を受けている医療機関		名称		大島医療センター・広尾病院(内科・整形外科・外科)			
		所在地		東京都大島町元町1-3-4			
上記のとおりお届けします。							
令和元年11月12日							
		世帯主		住所 <u>東京都大島町元町1番地</u>			
				氏名 <u>被害者 太郎</u> 印			
東京都大島町長 殿				電話 <u>04992 - 2 - 1111</u>			