

第三者行為による傷病届

被保険者に関する事項	記号番号	舞	氏名		世帯主との続柄	
	個人番号		電話番号	()		
	事故発生年月日	年 月 日		午前・午後	時	分頃
	事故発生場所					
	事故発生の具体的原因及びその状況				事故取扱警察署	
					警察署	
診療事項	傷病名					
	保険による診療	年 月 日	診療期間見込	日・月間		
	医療機関名					
相手方に関する事項	本人	住所	氏名			
				電話 ()		
	使用主	住所 (所在地)	氏名 (名称)			
				電話 ()		
	自動車	所有者住所	氏名			
		車種	車両番号			
示談に関する事項	自賠責保険	番号	保険会社名			
	任意保険	番号	保険会社名			
	1 成立	理由(2・3・4の場合)		示談内容	医療費	円
	2 不成立				休業補償	円
3 交渉中			慰謝料		円	
4 請求権放棄			障害補償		円	
	年 月 日	全部 ・ 一部				
	までに受領した示談金			合計	円	
<p>上記のとおり届け出ます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(宛先) 舞鶴市長</p> <p>世帯主 住所</p> <p>氏名</p> <p>個人番号</p> <p>電話</p>						
注意事項	<p>1 被保険者が死亡されている場合は、被保険者の個人番号欄の記入は不要です。</p> <p>2 自動車安全運転センターの発行する事故証明書を添付してください。</p> <p>3 示談の成立しているときは、必ず示談書の写しを添付してください。</p> <p>4 相手方に関する事項欄中、届出日現在不明のことについては、空白のまま提出することとし、後で分かり次第、市役所までご連絡ください。</p>					

→ 確認