

第三者の行為による傷病届

年 月 日

久留米市長 様

世帯主 住所 氏名 印 電話

次のとおりお届けします。

		法制		一般		退職					
被保険者証記号・番号											
被保険者	フリガナ							生年月日	年 月 日		
	氏 名							性別	男・女	職業	
	マイナンバー										
事故の内容	発 生 日 時	年 月 日 午前・午後 時 分頃									
	発 生 場 所										
	事 故 原 因 と 状 況										
	警 察 署 へ の 届	届 済 ・ 未 届 （いずれか○印）						届出所轄署 警察署			
	心 身 の 状 況	相手者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気（ ）								
被保険者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気（ ）									
被保険者の人身傷害補償保険について		有 ・ 無	損 保 名[会社] サービスセンター 担当者名[] 電話[]								

第三者（相手者）関係	相手者	住 所											
		フリガナ							電話				
		氏 名							性別	男・女	年令	才	職業
	保有者との関係		本人 ・ 従業員 ・ 親族 ・ その他（ ）										
	保有者（所有者・使用主）	住 所（所在地）											
		名 称											
		代 表 者											
		契約者との関係		本人 ・ 譲受人 ・ 借受人 ・ その他（ ）									

第三者の 共済保険 関係	保険会社(又は農協)				共済証明書番号			
	自賠責 保険 契約者	住 所	電 話					
		フリガナ 氏 名			共済 保険 期 間	自	年	月
	相手者の自動車		車 種		登録番号 車両番号		車台 番号	
	任意保険（対人） の有無	有・ 無	契約保険会社		保険会社(共済)			
			電話番号		担当者			
証券番号								

治 療 関 係	傷病名及び傷病の程度			治療終了日 【 年 月 日 】
	医療機関の所在地・名称			
	診 療 の 期 間	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別（入・外）	年 月 日まで 年 月 日まで 入院・外来の別（入・外）	年 月 日まで 年 月 日まで 入院・外来の別（入・外）
示 談	示談が成立した（ 年 月 日 ） ・ 交 渉 中 ・ 示談はしない 示談をする予定（ 月 ごろ ） ・ 裁判の見込み			
損害賠償金を受領した場合		名 目	金額又は品目	受領年月日

注 1. 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。

- 交通事故証明書（自動車安全運転センターが交付する原本） 1 部
- 交通事故発生状況報告書（同封の用紙に記入） 1 部
- 念書（同封の用紙に被保険者側で記入） 1 部
- 誓約書（同封の用紙に相手者側で記入） 1 部
- 同意書（同封の用紙に被保険者側・相手者側それぞれで記入） 1 部
- 示談書の写し（示談書が作成されている場合のみ） 1 部

2. この届書の内容で提出の時までわからないこと(第三者関係など)があれば、一応空白のまま提出し、判明次第おって連絡して下さい。
3. 添付書類についても、すぐ揃わないものは後で提出して下さい。
4. 詳しいことは、下記にお尋ね下さい。

連 絡 先	課	担当者（	）
		電 話（	）