|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **第 三 者 行 為 に よ る 傷 病 届** | | | | | | | | 整理  番号 |  | |
| 負傷者 | 被保険者証記号番号 | ― | 氏名 |  | |  | 一　般 | | 退　本 | 退　扶 |
| 個人番号 |  | 生年月日 | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 | | 職　業 | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事故に関することがら | 事故発生年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | 午前  午後 | | 時　　　分頃 | |
| 事故発生場所 | |  | | | | | | | | |
| 事故の原因 | | □　交通事故（　　　　　　）　　　　　　 　□　その他（犬かみ・傷害等） | | | | | | | | |
| 相手方 | 住所 |  | | | | 職業 | | | |  |
| 氏名 |  | | | | 電話 | | | | － |
| 相手方が未成年の  場合は保護者の氏名 | | |  |  | 相手方の運行目的 | | | １.業務上　３.その他  ２.業務外（　　　　） | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 相手方の保険に関することがら | 使用者  （保有者） | 住 所 | |  | | | | | | 電　話 | － | |
| 氏 名 | |  | | |  | | 運転者との関係 | |  | |
| 保険  契約者 | 住 所 | |  | | | | | | 電　話 | － | |
| 氏 名 | |  | | |  | | 保有者との関係 | |  | |
| 自賠責  保険 | 有・無 | 契約先 | | |  | | | | 保険金  受　領 | 年　 月 　日 | |
| 証明書番号 | | |  | | | | 金　　　　　　　円 | |
| 任意保険 | | 契約先 | |  | | | 担当者氏　名 | |  | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 治療に関す  ることがら | 治療を受けた  病 　院　 等 | 病院等の名称 | 入　　　　院 | 通　　　　院 |
| 病院 | 月　　日～　　月　　日 | 月　　日～　　月　　日 |
| 病院 | 月　　日～　　月　　日 | 月　　日～　　月　　日 |
| 病院 | 月　　日～　　月　　日 | 月　　日～　　月　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 上記のとおりお届けします。 | | | 電話　　　　― |
| 年　　　月　　　日 | 鹿児島市 | 丁目　　　　　番　　　　　号 | |
| 鹿 児 島 市 長 殿 | 町　　　　　　番地　　　　　方 | |
| 氏名（世帯主） | | |

|  |
| --- |
| （注意事項）  １．交通事故の場合は、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。  ２．示談が成立している場合は、必ず示談書の写しを添付してください。  ３．世帯主が負傷し、直接届け出をすることができない場合は代理人が記入してください。  ４．記入事項中届け出日現在不明のことについては、一応空白のまま提出することとし、世帯主は未記入事項を控えておいてあとでわかり次第連絡してください。 |