

第三者の行為による傷病届 (交通事故)

届出年月日 令和〇〇年 12月 1日

習志野市長 様

世帯主 住所 習志野市〇〇2-1-1

氏名 習志野 太郎

電話 047-451-〇〇〇〇

次のとおりお届けします。

被保険者証の[記号-番号]

被保険者番号	16-39999999					
被保険者 (被害者)	フリガナ	ナラシノ ミツコ	生年月日	昭和〇〇年1月1日(〇〇歳)		
	氏名	習志野 光子	職業	無職		
事故の内容	発生日時	令和〇〇年 11月 1日 午前・午後 11時 00分頃				
	発生場所	習志野市〇〇1丁目1番 〇〇交差点				
	事故原因と状況	私が、自宅から津田沼の友人宅へ車で向かう途中、左方から千葉へ買い物に向かう信号見落としの加害者の車両と側面衝突をした。				
	警察署への届	届出済・未届	届出所轄署	習志野警察署		
	心身の状況	加害者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()			
被害者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()				
第三者(加害者)関係	加害運転者	住所	習志野市〇〇1-2-3-101 電話 090-1111-〇〇〇〇			
		フリガナ氏名	サギヌマ ジロウ 鷺沼 次郎	年齢	〇〇歳	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)	習志野市〇〇3-2-1 電話 047-453-〇〇〇〇			
名称		株式会社〇〇〇				
代表者		代表取締役 津田沼 花子				
契約者との関係		本人・譲受人・借受人・その他 ()				

様式 事故証明書を参考に記入してください

国保用

(その2)

第三者の行為による傷病届 (交通事故)

第三者の自賠責 共済 保険 関係	保険会社等の 名称	〇〇損害保険株式会社		共済 証明書番号 保険	ABC123456	
	共済 保険 契約者	住所	習志野市〇〇3-2-1		電話	047-453-〇〇〇〇
		フリガナ 氏名	カマシキカイシャ〇〇 株式会社〇〇〇		共済 期間 保険	自 令和〇年 4月 1日 至 令和〇年 4月 1日
	加害自動車	車種	普通乗用車	車両番号	習志野〇〇〇 あ 99-99	車台 番号 XX111- 12345
共済 任意 保険 (対人)の有無	保険株式(相互)会社・農業協同組合 <input checked="" type="checkbox"/> 有 【 〇〇損害保険株式会社 】・無					
治 療 関 係	保険給付の 開始日	国保による診療 令和〇〇年11月1日からしている				
	医療機関の 所在地・名称	〇〇病院	〇〇整形外科			
	診療の期間 (見込期間)	令和〇年11月1日より 令和〇年11月5日まで	令和〇年11月3日より 年月日まで	年月日より 年月日まで		
示 談	示談が成立した(年 月 日)・ <input checked="" type="checkbox"/> 交渉中・示談はしない 示談をする予定(月ごろ)・裁判の見込					
損 害 賠 償 金 を 受 領 し た 場 合	名 目	金額又は品名	受領年月日			
	受取済みのものがあれば御記入ください					

注1. 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。

- | | |
|-----------------------------|----|
| ○念書 | 1部 |
| ○誓約書 | 1部 |
| ○交通事故証明書(自動車安全運転センター発行のもの。) | 1部 |
| ○事故発生状況報告書 | 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 |

- この届書の内容で提出のときに分からないこと(第三者関係など)があれば、空白のまま提出し、判明次第連絡してください。
- 添付書類についても、すぐそろわないものはあとで提出してください。
- くわしいことは、下記へおたずねください。

連 絡 先	課 係	担当者 ()
		電 話 ()