

第三者行為による傷病届

被保険者証の 記号番号	与国	世帯主との続柄		世帯主	住所	電話 ( )
被保険者 氏名				性別 男 女	氏名	
被保険者 個人番号					被保険者の 生年月日	年 月 日
発病又は負傷の 年 月 日	年 月 日			発病又は負傷の場所		
第三者傷害の区分	交通事故・けんか・その他 ( )					
事故発生当時の 具体的状況及び 被害の程度						
目撃者の住所及び 氏名	氏名				住所	
第三者(加害者) の住所及び 氏名	氏名				住所	電話 ( )
第三者が勤務して いる事業所の 名称、所在地	氏名				所在地	電話 ( )
診療を受けた (受けている)病 院名及び所在地	病院名				所在地	
保険診療の有無	有・無	保険診療を受け た(又は見込) 期間	自	年 月 日	至	年 月 日 日間
示談の状況	成立した・成立しない・ 交渉中 ( 月 日 現在)		損害賠償 の額	円	内訳	医療費 円 その他 円
自動車損害賠償 責任保険関係	加入の 有・無	有・ 無	契約保険会 社名			
			保険証明証 番号			
上記のとおり届けます。						
年 月 日						
与那国町長 様			世帯主氏名		印	