

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	