

(市・町・組合・広域連合 あて)

受付 年 月 日

様

届出者 住所

氏名 印

連絡先

第三者行為による傷病等聞取り調書

被保険者記号・番号	国保 ・ 後期高齢 ・ 介護			※番号記載		
被保険者名(被害者名)	フリガナ		生年月日			
	氏名		性別		職業	
負傷原因 (該当箇所に○)	1 交通事故(自損事故は含まない)					
	2 交通事故以外 (1) 自転車 (2) 動物による咬傷等 (3) 食中毒 (4) ケンカ (5) その他(具体的に:)					
事故発生年月日	年 月 日 午前・午後 時 分					
事故発生場所						
事故発生原因・状況						
警察署・保健所等への届出	届済 ・ 未届		届出所轄/機関		警察署/保健所	
加害者(第三者)	住所				電話番号	
	氏名		性別		職業	
	車両番号			所有者氏名		
	保険加入状況	自賠責保険		保険株式会社・農協組合		
				証明書番号		
		任意保険 (個別賠償含む)		保険株式会社・農協組合		
証明書番号						