

第三者の行為による傷病届

被 保 険 者 氏 名											
被保険者個人番号								世帯主との関係			
保険者名		保 険 者 番 号				1 3 8 2 5 5					
立 川 市		記 号		25 -		番 号					
加 害 者	氏 名					使 用 者	名 称				
	住 所						所 在 地				
	電 話						電 話				
	職 業						代 表 者				
	加害者が不明のとき(理由・状況を詳しく)										
	自 動 車 損 害 賠償責任保険	有 無	保険会社名								
			証券の番号								
	任 意 保 険	有 無	保険会社名								
			証券の番号								
	事 故 の 状 況	発 生 日 時									
発 生 場 所											
原 因 と 状 況											
被 害 状 況	傷 病 名 お よ び そ の 程 度					初診年月日 年 月 日					
						国保診療 年 月 日から 年 月 日まで					
						診療見込期間					
診察を受けた病院名						電話番号					
上記のとおり届け出ます。 年 月 日 届出人 住 所 _____ アパート名等 _____ 氏 名 _____ ⑩ 電 話 _____ (自宅・勤務先・携帯) 立 川 市 長 殿											

* 届出日現在で不明の欄は空欄のままで提出し、後日電話でお知らせください。

* 交通安全センターの事故証明書と、示談が成立しているときは示談書の写しを添えて提出してください。

お問い合わせ:立川市保健医療部保険年金課 042-523-2111 内線 1424