

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)												
者	自 動 車 損 害	有	保 険 会 社 名									
	賠 償 責 任 保 険	無	証 券 の 番 号									
	任 意 保 険	有	保 険 会 社 名									
		無	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						
<p>上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>届出人 住 所 _____</p> <p style="padding-left: 150px;">アパート名等 _____</p> <p style="padding-left: 150px;">氏 名 _____ (印)</p> <p style="padding-left: 150px;">電 話 _____</p> <p style="text-align: center;">(自 宅 ・ 勤 務 先 ・ 携 帯)</p> <p>立 川 市 長 殿</p>												

* 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:立川市福祉保健部保険年金課 042-523-2111 内線 1424