

第三者行為による傷病届

被	氏名		電話番号		
	生年月日	年 月 日（ 歳）			
保	被保険者記号・番号	霧国			
	事故発生日	年 月 日 午前・午後 時 分			
	事故場所				
険	病院名	診療期間	～	転帰欄	治癒・継続・（ ）
			～		治癒・継続・（ ）
			～		治癒・継続・（ ）
者	被保険者	徒歩・自転車・単車・乗用車・その他（ ）			
	相手方	徒歩・自転車・単車・乗用車・その他（ ）			

相	氏名	男・女		年齢	歳
	住所	電話			
	勤務先	電話			
手	保険	氏名			
	契約者	住所	電話		
方	保有者との関係	本人・従業員・親族（続柄 ）・その他（ ）			
	自動車	車両番号（ナンバープレート）			
	自賠償保険	会社名	証明書番号		
	任意保険	会社名	担当者		

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

霧島市長 様

世帯主 住所

氏名