

## 第三者行為による傷病届け

被害者	被保険者記号番号	被害者氏名	生 年 月 日	世帯主との続柄
			年 月 日	
加害者	住所	左 用 者	所在地	
	氏名		名 称	
	電話		代 表 者	
	— —		電 話	— —
	加害者不明の場合その状況			
事故の状況	発生年月日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃		
	発生場所			
	事故原因とその状況	所轄署	警察署	
	過失の程度	1. 大部分第三者過失                      4. 大部分被害者過失 2. 相互過失                                      5. 被害者無過失 3. 第三者無過失                                6. 不明		
被害の状況	傷 病 名			
	初診年月日	令和 年 月 日		
	診療見込期間	入院  か月 / 通院  か月		
	診療費見込	円	後遺症	有 ・ 無 ・ 不明
診療を受けている医療機関	名 称			
	所在地			
<p>上記のとおりお届けします。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 印 _____</p> <p>東京都大島町長 殿                      電話 _____</p>				

## 第三者行為による傷病届け

以下の記載事例に沿って(被害者が)ご記入願います。

被保険者記号番号		被害者氏名		生年月日		世帯主との続柄	
56-00-1234		被害者 太郎		昭和46年11月20日		本人	
加害者	住所	東京都千代田区100番地		左 使用者	所在地		
	氏名	加害者 一郎			名称		
	電話	03-1234-5678			代表者		
				電話	— —		
加害者不明の場合その状況							
発生年月日		令和元年11月11日 午前・ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">午後</span> 11時11分頃					
発生場所		東京都大島町元町1丁目					
事故原因とその状況						所轄署	大島 警察署
過失の程度		1. 大部分第三者過失 2. 相互過失 3. 第三者無過失		4. 大部分被害者過失 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5.</span> 被害者無過失 6. 不明			
傷病名		脳挫傷、左膝関節痛					
初診年月日		令和元年11月11日					
診療見込期間		入院 1か月 / 通院 か月					
診療費見込		円		後遺症		有・無・ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">不明</span>	
診療を受けている医療機関		名称		大島医療センター・広尾病院(内科・整形外科・外科)			
		所在地		東京都大島町元町1-3-4			
上記のとおりお届けします。							
令和元年11月12日							
		世帯主		住所 東京都大島町元町1番地			
				氏名 被害者 太郎 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>			
東京都大島町長 殿				電話 04992 - 2 - 1111			