

様式第 8 号(第 19 条関係)

第 三 者 行 為 に よ る 傷 病 届

被 保 険 者 ・ 医 療 受 給 者	個 人 番 号							
	氏 名					電 話		
	生 年 月 日		年 月 日 生 ( 歳 )					
	被保険者証(医療受給者)			記号・番号				
	事故発生日		年 月 日 午前 ・ 午後 時 分					
	事 故 場 所							
	病 院 名			診 療 期 間	・ ・ ～ ・ ・		転 帰 欄	治癒・継続・( )
					・ ・ ～ ・ ・			治癒・継続・( )
					・ ・ ～ ・ ・			治癒・継続・( )
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   手   方	氏 名					男・女	年齢 歳
	住 所		電話				
	勤 務 先		電話				
	保 険 契 約 者		氏名				
			住所 電話				
	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				
	自 賠 責 保 険		会 社 名				証 明 書 番 号
任 意 保 険		会 社 名				担 当 者 名	

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

住 所

世帯主

氏 名

印

伊佐市長 様