

## 様式第8号(第19条関係)

## 第三者行為による傷病届

被 保 險 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