

(宛先) 昭島市長

第三者行為による傷病届(被害届)					
項目		内容			
届出者・届出先	被保険者証記号番号/保険者名	被保険者記号番号 30- .	保険者名 昭島市		
	保険者の住所(届出先)	〒196-8511 東京都昭島市田中町1丁目17番1号 昭島市役所保健福祉部保険年金課			
	世帯主氏名	ふりがな 氏名 印			
(被受 害診 者者)	氏名/性別/年齢	ふりがな 氏名	男性 / 女性	歳	
	続柄/生年月日	届出者との続柄	昭和・平成 西暦	年 月 日	
	住所/電話番号	〒196- 東京都昭島市	TEL	( )	
	備考				
(加 害 者 者)	氏名/性別/年齢	ふりがな 氏名	男性 / 女性	歳	
	住所/電話番号	〒	TEL	( )	
事故 発 生	事故発生日時	年 月 日	午前 / 午後	時 分頃	
	事故発生場所				
自 賠 責 保 険 ( 加 害 者 )	保険会社名				
	保険契約者名	ふりがな 氏名			
	登録番号				
	車台番号				
	保険期間/自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責番号		
任 意 保 険 ( 加 害 者 )	保険会社名				
	取扱店所在地/電話	〒	TEL	( )	
	担当者名/E-mail	ふりがな 氏名	E-mail		
	保険契約者名	ふりがな 氏名			
	住所	〒			
	保険期間/契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号		
任意対人一括の有無	有 / 無				
被害者加入の保険会社関与の有無(注)	有 / 無	保険会社名・提出者名	TEL	( )	
治療 状 況	診療機関名/治療開始日/電話	医療機関名	治療開始日 TEL	年 月 日 ( )	
	所在地	〒	入院の有無	有 / 無	
	診療機関名/治療開始日/電話	医療機関名	治療開始日 TEL	年 月 日 ( )	
	所在地	〒	入院の有無	有 / 無	
本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。					
(注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、担当者名、電話番号を記入してください。 (自賠責共済、任意共済の場合には自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容を記載してください。)					