

受付 年 月 日

(市・町・組合・広域連合 あて)

様

届出者 住所

氏名

印

連絡先

第三者行為による傷病等聞取り調書

被保険者証記号・番号	国保 ・ 後期高齢 ・ 介護		※番号記載			
被保険者名(被害者名)	フリガナ		生年月日			
	氏名		性別	職業		
負傷原因 (該当箇所に○)	1 交通事故(自損事故は含まない)					
	2 交通事故以外 (1) 動物による咬傷等 (2) 食中毒 (3) ケンカ (4) その他(具体的に:)					
事故発生年月日	年	月	日	午前・午後	時 分	
事故発生場所						
事故発生原因・状況						
警察署・保健所等への届出	届済 ・ 未届	届出所轄/機関		警察署/保健所		
加害者(第三者)	住所			電話番号		
	氏名		性別	職業		
	車両番号			所有者氏名		
	保険加入状況	自賠責保険		保険株式会社・農協組合		
				証明書番号		
任意保険 (個別賠償含む)			保険株式会社・農協組合			
			証明書番号			