

第三者の行為による傷病届

令和 年 月 日

柳川市長 様

住 所 _____
 世帯主 氏 名 _____
 電話番号 _____

次のとおりお届けします。

被保険者証記号番号							
被保険者	フリガナ					生年月日	年 月 日(歳)
	氏 名					職 業	
	個人番号						
事故の内容	発 生 日 時	年 月 日		午前・午後		時 分頃	
	発 生 場 所						
	事故原因と状況						
	警 察 署 へ の 届	届出済 ・ 未届		届出所轄署		警察署	
	心 身 の 状 況	相 手 者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気()				
被保険者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気()					
被保険者の人身障害保険の契約について		人身障害保険 担 保 名 [会社] がある場合 担 当 者 名 [] 電話番号 []				人身障害補償保険 無	
第三者相手関係	相 手 者	住 所	電話番号				
		フリガナ					年齢
	保 有 者 (所 有 者 ・ 使 用 主)	氏 名					
		保 有 者 と の 関 係	本人 ・ 従業員 ・ 親族 ・ その他()				
保 有 者 (所 有 者 ・ 使 用 主)	住 所 (所 在 地)	電話番号					
	名 称						
	代 表 者						
	契 約 者 と の 関 係	本人 ・ 譲受人 ・ 借受人 ・ その他()					