

課長	課長補佐・係長	係員		年 月 日	保険年金課 受付	年 月 日
			受付 No.			No.

## 傷病届 (第三者行為)

保険者番号( )

被 保 険 者	被保険者証の 記号・番号					
	氏 名		年 月 日生	男・女		
	自 宅 電 話		連絡先電話			
	事故発生年月日	年 月 日	午前・午後	時 分頃		
	事故発生場所					
	病 院 名 等	当初		転医後		
保険による診療	年 月 日から, している・していない			入院・通院		
被保険者	徒歩・自転車・バイク・乗用車・トラック・その他					
相手方	自転車・バイク・乗用車・トラック・バス・タクシー・その他					
示 談	成立・未成立 ( 年 月 日 )					
交通事故 以外の原因 (具体的に)						

相 手 方	住 所	電 話			
	氏 名		男・女	年齢	歳
	親 権 者	(未成年者の場合記入して下さい)			
	連 絡 先				
	所有者・使用者		所有者・使用者住所		
	自 賠 責 保 険	会社名	証明書番号		
	任 意 保 険	会社名	証券番号		
		部署	担当	電 話	
	交通事故以外の損害保険の加入の場合	会社名			
担当		電 話			

(第三者行為以外)

--

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

住 所

氏 名

印

(※被保険者が未成年の場合、親権者が住所、氏名を記入してください。)

(あて先)京都市 区(支所)長

\* 連合会は、この求償事務の受託により知り得た個人情報は、法令等に則るとともに連合会規則等に基づき適正かつ厳正に取り扱う。