

課長	課長補佐・係長	係員	受	記載例	保険 年金課 受付	年 月 日
					No.	

傷病届 (第三者行為)

日中連絡の取れる電話番号を必ず記入してください。

被 保 険 者	被保険者証の 記号・番号	京 1 2 3 4 5 6 - 7 8 9 0		
	氏 名	京都 太郎	昭和50 年 10 月 1 日生	(男)・女
	自 宅 電 話	075-123-4567	連絡先電話	090-0000-0000
	事故発生年月日	令和2 年 1 月 1 日 午前・(午後) 7		
	事故発生場所	京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町48		
	病 院 名 等	当初 京都病院	転医後	上京病院
保険による診療	令和2年 1月 1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)				

事故の治療で受診している(した)医療機関をすべて記入してください。

相 手 方	住 所	京都市左京区松ヶ崎堂ノ上町7-2		電話	075-999-9999
	氏 名	国保 一郎	(男)・女	年齢	25 歳
	親 権 者	(未成年者の場合記入して下さい)			
	連 絡 先	同上			
	所有者・使用者	御池 花子	所有者・使用者住所	京都市左京区松ヶ崎堂ノ上町7-2	
	自 賠 責 保 険	会社名 烏丸海上火災保険株式会社	証明書番号	ABC123456	
	任 意 保 険	会社名 堀川損害保険株式会社	部署	第1課	担当 伏見 幸夫
交通事故以外の損害保険の加入の場合	会社名	担当			

相手方(加害者)が損害保険に入っていない場合は「未加入」と記入してください。

(第三者行為以外)

【重要】日付・住所・氏名の記入をお願いします。

上記のとおり届け出ます。

令和2 年 1 月 1 日

住 所 京都市上京区今出川通室町西入堀出シ町285番地

氏 名 京都 太郎

(※被保険者が未成年の場合、親権者が住所、氏名を記入して下さい。)

【重要】押印(認印可)をお願いします。

京
都

(あて先)京都市 上京 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、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。