

第三者の行為による傷病届

被 保 険 者 （ 傷 病 者 ）	被保険者証	記号番号	字	電話	
	ふりがな 氏名				年 月 日生 男・女
	個人番号				
	事故発生年月日		年 月 日	午前・午後	時 分頃
	事故発生場所			傷病名	
	病院名				年 月 日 入院・通院
相手方との示談		示談未済 ・ 示談成立			年 月 日
事故(事件)の内容と状況					
傷病者	徒歩・自転車・単車・乗用車(軽)・トラック(軽)・その他				
相手方	自転車・単車・乗用車(軽)・トラック(軽)・バス・タクシー・その他				
相 手 方	ふりがな 氏名			男・女	年 齢
	住所				親権者名
	勤務先				電話
	使用者				電話
	交通事故の場合	自賠責保険	会社名		
任意保険		会社名			証券番号
		担当者			

- (注)
- 1 この届けは宇治市国民健康保険の被保険者が被害を受けた場合に提出してください。また、できるだけ詳細に記入してください。
 - 2 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合は、その旨を書いてください。
 - 3 事故発生状況報告書及び自動車安全センターが交付する**事故証明書**を添付してください。

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

住所
世帯主 氏名

宇治市長あて