

令和 年 月 日

豊見城市長 殿

豊見城市  
住 所

世帯主 氏 名

電話番号

### 第三者行為による傷病届（兼 傷病原因等届出書）

被保険者 記号番号	豊国			
被保険者 氏名等 (被害者)	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
傷病原因 (該当する番号に○ を付けてください)	1. 交通事故（自損事故以外） 2. 交通事故（自損事故） 3. 傷害（他人にケガを負わされた） 4. 工作中的事故（勤務先）名称 _____ (勤務先電話) _____ 住所 _____ 5. その他（ ）			

#### 事故状況

事故発生年月日	令和 年 月 日	午前・午後	時 分頃
事故発生場所			
事故原因と その状況			
心身の状況	正常・居眠り・飲酒・病気（ ）		
警察への届出	届出済 ・ 未届	届出署	警察署
治療状況	医療機関名（ ）		
	・令和 年 月 日から（通院中 ・ 入院中 ）		
	・治療完治（治療期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日）		

#### 第三者（加害者）に関する事項（第三者がいる場合記入ください）

住 所		電話番号	
氏 名		年 齢	
自賠償保険	契約先	証明書番号	
任意保険	有・無	契約先	
		証券番号	