決裁	課　長	班　長	班　員

第三者の行為による傷病届

被保険者記号番号	豊国		
世帯主	氏　　名	世帯主の住所	
	生年月日		
	個人番号		
被保険者（被害者）	氏　　名	世帯主との続柄	
	生年月日		
	個人番号		

事故状況

事故発生日時	年　月　日　時　分頃		
事故発生場所			
事故原因とその状況			
警察への届出	届出済　・　未届	届出署	警察署
心身の状況	正常・居眠り・飲酒・病気（　　）		
治療状況	医療機関名（　　）	・　年　月　日から（通院中・入院中） ・治療完了（　年　月）	

第三者（加害者）に関する事項

住所				電話番号	
氏名		年齢	歳	職業	
自賠責保険	契約先		証明書番号		
任意保険	有・無	契約先			
		証券番号			
心身の状況	正常・居眠り・飲酒・病気（　　）				

上記の通り届け出ます。

年　月　日

世帯主　住所

氏名

電話番号

豊見城市長殿