

様式第3号(第4条関係)

第三者行為による傷病届

被 保 険 者 ・ 医 療 受 給 者	氏 名			電 話			
	生 年 月 日	年 月 日生(歳)					
	被保険者証(医療受給者)		記号番号				
	事故発生日	年 月 日 午前・後 時 分頃					
	事 故 場 所						
	病 院 名			診 療 期 間	・ ・ ～ ・ ・	転 帰 欄	治ゆ・継続・()
					・ ・ ～ ・ ・		治ゆ・継続・()
					・ ・ ～ ・ ・		治ゆ・継続・()
	被保険者	徒歩・自転車・単車・乗用車・その他()					
相 手 方	徒歩・自転車・単車・乗用車・その他()						

相 手 方	氏 名			男・女	年齢	歳
	住 所	電話				
	勤 務 先	電話				
	保 険 者 契 約 者	氏名				
		住所 電話				
	保有者との関係	本人・従業員・親族(続柄)・その他				
	自 動 車	車両番号(ナンバープレート)				
	自賠責保険	会社名			証明書番号	
任 意 保 険	会社名			担 当 者 名		

上記のとおり届け出ます。

年 月 日
奄美市長様

住 所
世帯主
氏 名