

第三者の行為による傷病届

被保険者 記号番号		う国		世帯主氏名		
負傷した被保険者	個人番号					
	住所					
	氏名	生年月日		年 月 日		
	電話番号	自宅( )		携帯( )		
負傷(事故)日		年 月 日		午前 / 午後 時 分頃		
発生場所						
負傷(事故)の 原因		<input type="checkbox"/> わき見 <input type="checkbox"/> 居眠り <input type="checkbox"/> スピードの出し過ぎ ( <sup>*</sup> km/h ) <input type="checkbox"/> 飲酒運転 <input type="checkbox"/> 酒気帯び運転 <input type="checkbox"/> 無免許 <input type="checkbox"/> 喧嘩 <input type="checkbox"/> その他 (   )				
負傷(事故)の 具体的原因と その状況		<hr/> <hr/> <hr/>				
治療した 医療機関名		治療 期間		年 月 日から 年 月 日まで		
加害者・同乗者 に関する事項	氏名					
	住所					
	連絡先					
警察署への届出	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	運 転 免 許	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	保険加入 (相手方)	自賠(   ) 任意(   )	
上記のとおり届け出します。 <span style="float: right;">年 月 日</span>						
うるま市長 様 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">           申 請 者 <u>住 所</u>            (世 帯 主) <u>氏 名</u>  <u>電話番号</u> </div>						

※添付書類として交通事故証明書(写し可)が必要となります。