

第2号様式（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	明・大・昭・平	年	月	日生	(歳)	
	被保険者証（医療受給者）		記号番号	南さつま			
	事故発生日	平成	年	月	日	午前・後 時 分	
	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 險 契 約 者	氏名				
		住所				
	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（ナハ ⁺ プレート）				
	自賠償保険	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。

平成 年 月 日

南さつま市長 様

世 住所 南さつま市

帯 _____

主

氏名

.....