

第9号様式(第15条)

第三者の行為による傷病届出書				区		号		年 月 日			
				市		号		年 月 日			
(届出先) 横浜市長				年 月 日							
住 所											
届 出 者											
氏 名				電話							
次のとおり関係書類を添えて届け出ます。											
対象者(被害者)に関する事	医 療 証 記 号		番 号								
	氏 名		男・女		世帯主との続柄		生年月日		年 月 日		
	現 住 所		電話								
	保 険 者 名 称		被 保 険 者 氏 名								
	保 険 証 の 記 号 ・ 番 号		被 保 険 者 と の 続 柄								
三に者(相手)の方	本 人		氏 名		職 業						
	現 住 所		電話								
	使 用 主		事 業 所 名				代 表 者 名				
	(業務中の場合は事故取扱者名記入)		所 在 地		電 話		事 故 取 扱 者 名				
三者(相手)の方	賠償責任保険に加入している自動車に関する示談及び損害賠償金に関する事	強 制 保 険		保 険 契 約 者 車 両 番 号		保 険 会 社 証 書 番 号		保 険 金 受 領			
		保 険 期 間		取 扱 店		取 扱 整 理 番 号		取 扱 者 及 び 電 話		年 月 日 受領 円	
		保 険 契 約 者 車 両 番 号		保 険 会 社 証 書 番 号		保 険 金 受 領					
		保 険 期 間		取 扱 店		取 扱 整 理 番 号		取 扱 者 及 び 電 話			年 月 日 受領 円
		既 に 受 領 し た 賠 償 金		有 ・ 無		内 訳 (無のときは不要)		年 月 日 受領 円			
		示 談 成 立 の 有 無		有 ・ 無		年 月 日 成 立					
診療に関する事	医 療 証 の 使 用 有 無		1 年 月 日より使用 2 使用していない				診 療 見 込 期 間 及 び 金 額		日 間 円		
	傷 病 名						病 院 名				

(注意) の欄は、記入しないでください。