

第9号様式(第15条)

第三者の行為による傷病届出書				受付	区 号	年 月 日	
(届出先) 横浜市長				市	号	年 月 日	
住 所 届 出 者 氏 名				年 月 日			
				電話			
次のとおり関係書類を添えて届け出ます。							
対被害者に關すること	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		
三に者關係する手方と相手と第一	本人	氏名				職業	
		現住所					
	使用主(業務中の場合は事故取扱者名記入)	事業所名				代表者名	
		所在地	電話				事 故 取扱者名
三し賠者で償い保相る險手自動車すが対する加入こと入第と	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	
						年 月 日 受領円	
		保険期間	取扱店	取扱整理番号	取扱者及び電話		
	任意保険	保険契約者	車両番号	保険会社	証書番号	保険金受領	
						年 月 日 受領円	
		保険期間	取扱店	取扱整理番号	取扱者及び電話		
示談に及び損害賠償と	医療費に関する損害賠償請求権		有・無 放棄・不明	理由 (有のときは不要)			
	示談成立の有無		有・無	年 月 日 成立			
	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	
診療に關すと	医療証の使用の有無	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。

(A4)