

様式第30号（第40条関係）

第三者行為による傷病届				
項目		内容		
届出書・届出先	被保険者証記号番号／保険者名	那珂一	那珂市	
	保険者の住所（届出先）	〒311-0192 那珂市福田1819-5		
	被保険者氏名			
被害者 （受診者）	氏名/性別/年齢		男性/女性	歳
	続柄/生年月日			
	住所/電話			
	備考			
加害者 （第三者）	氏名/性別/年齢		男性/女性	歳
	住所/電話			
発生事故	事故発生日時			
	事故発生場所			
自賠責保険 （加害者）	保険会社名			
	保険契約者名			
	登録番号			
	車台番号			
	保険期間/自賠責番号			
任意保険 （加害者）	保険会社名			
	取扱店所在地/電話			
	担当者/E-mail			
	保険契約者名			
	住所			
	保険期間/契約番号			
	任意対人一括の有無			
被害者加入の保険会社関与の有無				
治療状況	診療機関名/治療開始日/電話			
	所在地			
	診療機関名/治療開始日/電話			
	所在地			