

第 三 者 行 為 連 絡 票

被保険者 記号番号	13-	ふりがな 氏 名		生年 月日	・ ・ 生
住 所	厚木市		電 話		飲酒 有・無
相 手 方	氏 名		住 所		
	電 話		保険加入の有無 自賠償 ・ 任意 ・ その他		
	使用者がいる場合 会社名		担当者	連絡先	
事故発生日時	年 月 日		時 分頃		場 所
事故発生原因 又は発生状況					
医 療 機 関 名			開始日	年 月 日	
転移後医療機関名			開始日	年 月 日	
国 保 診 療	有 ・ 無		開始日	年 月 日	
負 傷 の 程 度					
相手側との交渉経過					
<p>上記のとおり届出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(あて先) 厚 木 市 長</p> <p style="text-align: center;">(世帯主) 住 所 厚木市.....</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>					