**第三者の行為による傷病届**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※フリガナ  ※負傷者氏名 | （生年月日　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　） | | | |
| ※ フリガナ  ※ 氏名 | **事故状況の問い合わせに対応される方の連絡先をご記入ください。**  （負傷者との関係　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| * 住所 | （上記氏名欄の方の住所）  〒 | | | |
| * 電話番号   （日中連絡のとれる番号） | 自宅 |  | | |
| 携帯 |  | | |
| 損保会社等  　　　＊1 | 名称 |  | | |
| 電話番号 |  | 担当者 |  |
| ※ 事故状況  　　　＊２ | 事故日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 交通事故(負傷者 ：　　　　　対　相手方：　　　　　　) | | | |

※ の記入欄は必須項目です。

＊１．損保会社名が不明の場合は空欄で結構です。

＊２．交通事故については負傷者と相手方の状況をお知らせください。

（例：負傷者：自転車 対 相手方：自動車）

事故状況の詳細の聞き取りは、後日、求償事務委託先のガリバー・インターナショナル㈱が担当いたします。