

第三者行為による傷病届

項 目		内 容		
(被 保 険 者 名 等) 届 出 者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 ○○○○○○○○○	保険者名 ▲▲市	
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	ふりがな こういき たろう 氏名 広域 太郎 〒 000-0000 ▲▲市△△△町11-1	生年月日 昭和22年 1月 1日 TEL 076(222)2222	
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな こういき たろう 氏名 広域 太郎 〒 000-0000 ▲▲市△△△町11-1	届出者との関係 本人 生年月日 昭和22年 1月 1日 TEL 076(222)2222	
(受 診 者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな かがい いちろう 氏名 加害 一郎 〒 000-0000 ▲▲市△△△町11-1	届出者との関係 本人 生年月日 昭和22年 1月 1日 TEL 076(222)2222	
	住所 / 電話	氏名 住所 / 電話 ▲▲市★★町27-1	TEL 080(888)8888	
(第 三 者) 加 害 者	氏名	ふりがな かがい いちろう 氏名 加害 一郎 〒 000-0000 ▲▲市★★町27-1	TEL 080(888)8888	
	住所 / 電話	氏名 住所 / 電話 ▲▲市★★町27-1	TEL 080(888)8888	
	事故発生日時	令和3年 6月 25日 (午前) / 午後 10時 15分頃		
事 故 発 生 状 況	事故発生場所	▲▲市★★町517 先路上		
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック) <input checked="" type="checkbox"/>		
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ○○海上火災 保険株式会社 登録番号 ▲▲580○5555	ふりがな かがい いちろう 氏名 加害 一郎 車台番号 MF22S-111111	
	登録番号 / 車台番号	登録番号 ▲▲580○5555	車台番号 MF22S-111111	
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 令和2年 3月 10日 ~ 令和4年 3月 10日	自賠責証明書番号 第 ▲AOX55555 号	
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 △△共済連 〒 000-0000 ▲▲市□□町24	担当部署 TEL 076(333)3333	
	取扱店所在地 / 電話	ふりがな きょうさい じろう 氏名 共済 次郎	E-mail	
	担当者名 / E-mail	ふりがな かがい いちろう 氏名 加害 一郎 〒 000-0000 ▲▲市★★町27-1		
	保険契約者名	ふりがな かがい いちろう 氏名 加害 一郎 〒 000-0000 ▲▲市★★町27-1		
	住所	〒 000-0000 ▲▲市★★町27-1		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和2年 8月 1日 ~ 令和3年 8月 1日	契約番号 第 J999999999 号	
	任意対人一括の有無	(有) / 無		
被 害 者 加 入 の 保 険 会 社 の 関 与	関与の有無を チェックし、 「有」の場合 は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	保険会社名 担当者氏名	担当部署 TEL ()	
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 ●●病院 入院 (有) / 無	治療開始日 令和3年 6月 25日 治療終了(見込) 年 月 日	
	住所 / 電話番号	〒	TEL ()	
	※治療終了日(見込)については 可能な範囲でご記入ください。	② 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
		〒	TEL ()	
		③ 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
		〒	TEL ()	
傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和3年 7月 1日	本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/>		

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。