

第三者行為による傷病届

項 目	内 容
届出者・届出先	被保険者証記号番号 / 保険者名 被保険者証記号番号 04-●●●●△△△ 平塚市
	保険者の住所(届出先) 〒 254-8686 平塚市浅間町9番1号 宛名番号 記入不要です
	被保険者氏名 ※国民健康保険の場合は世帯主氏名 ふりがな ヒラツカ タロウ 氏名 平塚 太郎 印
(被害者) (受診者)	氏名 / 性別 / 年齢 ふりがな ヒラツカ ハナコ 氏名 平塚 花子 性別 <input checked="" type="radio"/> 男性 / <input type="radio"/> 女性 年齢 ●●歳
	続柄 / 生年月日 届出者との関係 妻 昭和36年 4月 3日
	住所 / 電話 〒 ×××-×××× 平塚市★★123-1 TEL 0463 (●●) ××××
	個人番号 * * * * * * * * * *
(加害者) (第三者)	氏名 / 性別 / 年齢 ふりがな カナガワ イチロウ 氏名 神奈川 一郎 性別 <input type="radio"/> 男性 / <input checked="" type="radio"/> 女性 年齢 ●●歳
	住所 / 電話 〒 ×××-×××× ▲▲市〇〇5532 TEL 090 (●●●●) ××××
事故発生	事故発生日時 令和2年 2月 1日 <input checked="" type="radio"/> 午前 / <input type="radio"/> 午後 10時 30分頃
	事故発生場所 ▲▲市★★6-2
自賠償保険 (加害者)	保険会社名 〇〇海上火災保険会社
	保険契約者名 ふりがな 氏名 神奈川 一郎
	登録番号 ▲▲55は5555
	車台番号 EX66-666
	保険期間 / 自賠償番号 保険期間 平成30年 10月 1日 ~ 令和2年 9月 30日 自賠償番号 AA-2222
任意保険 (加害者)	保険会社名 ●●●●損保保険会社
	取扱店所在地 / 電話 〒 TEL ()
	担当者名 / E-mail ふりがな 氏名 * * E-mail
	保険契約者名 ふりがな カナガワ イチロウ 氏名 神奈川 一郎
	住 所 〒 ×××-×××× ▲▲市〇〇5532
	保険期間 / 契約番号 保険期間 平成30年 10月 1日 ~ 令和2年 9月 30日 契約番号 ×××-〇〇〇〇
	任意対人一括の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無
被害者加入の保険会社関与の有無(注) <input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無 保険会社名・担当者名 ★★保険会社 損保 花子 TEL ××× (□□□)△△△	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話 診療機関名 ●●病院 治療開始日 令和2年 2月 1日 TEL 〇〇〇 (△△△)□□□□
	所在地 〒 ☆☆☆-★★★★ ▲▲市■●27-1 入院の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話 診療機関名 〇〇診療所 治療開始日 令和2年 3月 1日 TEL ●●● (▲▲▲)■●●●
	所在地 〒 ★★★★★-☆☆☆☆ ◆◆市▽▽10-5 入院の有無 有 <input checked="" type="radio"/> 無

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。
 (注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。
 (自賠償共済、任意共済の場合には、自賠償保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容を記載して下さい。)