

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 〇〇-123456	保険者名 14〇〇〇〇		
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>	ふりがな 氏名 住所 / 電話	こくほ たらう 国保 太郎 〒×××-×××× ▲▲市△△△ 123-1		
	氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話	生年月日 昭和45年 5 月 27 日 TEL 000(111)2222	届出者との関係 子		
(受診者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな 氏名 住所 / 電話	こくほ はなこ 国保 花子 〒×××-×××× ▲▲市△△△ 123-1		
	届出者の情報と同じ場合はチェック <input type="checkbox"/>	生年月日 平成10年 8 月 10 日 TEL 000(111)2222			
(第三者) 加害者	氏名 住所 / 電話	ふりがな 氏名 住所 / 電話	かながわ いちろう 神奈川 一郎 〒×××-×××× △△市□□□456		
	TEL 888(333)4444				
事故発生状況	事故発生日時	令和3年 4 月 25 日 (午前 / 午後) 10 時 30 分頃			
	事故発生場所	▲▲市〇〇7-8			
	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)			
自賠償保険 (加害者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 〇〇海上保険会社	ふりがな 氏名 車台番号		
	登録番号 / 車台番号	登録番号 ▲▲55は5555	E X66-666		
	保険期間 / 自賠償証明書番号	保険期間 令和2年 10 月 1 日 ~ 令和4年 9 月 30 日	自賠償証明書番号 第 AA-2222 号		
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 ●●●●損保保険会社	担当部署 □□サービスセンター1課		
	取扱店所在地 / 電話	T	TEL ()		
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名	にんい たもつ 任意 保 E-mail		
	保険契約者名	ふりがな 氏名	かながわ いちろう 神奈川 一郎		
	住所	〒×××-×××× △△市□□□456			
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和2年 10 月 1 日 ~ 令和4年 9 月 30 日	契約番号 第×××-〇〇〇〇号		
	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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 ◇◇協同組合	担当部署 ☆☆サービスセンター		
		担当者氏名 損 保子	TEL 888(555)6666		
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 <small>※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。</small>	① 診療機関名 〇〇病院	入院 (有) / 無	治療開始日 令和3年 4 月 25 日	治療終了(見込) 年 月 日
		〒×××-×××× ▲▲市〇〇〇 345-1		TEL 〇〇〇(□□□)□□□□	
		② 診療機関名 □□医院	入院 有 / (無)	治療開始日 令和3年 5 月 25 日	治療終了(見込) 年 月 日
		〒×××-×××× ▲▲市□□□ 678-1		TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	
		③ 診療機関名 △△診療所	入院 有 / (無)	治療開始日 令和3年 6 月 25 日	治療終了(見込) 令和3年 7 月 25 日
		〒×××-×××× ▲▲市△△△ 912-1		TEL 〇〇〇(△△△)△△△△	
傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和3年 5 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			

(注) 本書は、自賠償共済、任意共済の場合、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ご記入ください。