

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 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入 氏名 / 生年月日 ふりがな ことほ たろう 氏名 国保 太郎 生年月日 昭和45年5月27日
	住所 / 電話番号 〒×××-×××× ▲▲市△△△ 123-1 TEL 000(111)2222
(受診者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日 氏名 国保 花子 届出者との関係 子 生年月日 平成10年8月10日
	住所 / 電話番号 〒×××-×××× ▲▲市△△△ 123-1 TEL 000(111)2222
(第三者) 加害者	氏名 氏名 かながわ いちろう 神奈川 一郎 住所 / 電話番号 〒×××-×××× △△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) <input checked="" type="checkbox"/>
(加害者) 自賠償保険	保険会社名 / 保険契約者名 保険会社名 〇〇海上保険会社 氏名 かながわ いちろう 神奈川 一郎 登録番号 / 車台番号 登録番号 ▲▲55は5555 車台番号 EX66-666 保険期間 / 自賠償証明書番号 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
(加害者) 任意保険	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 / 電話番号 〒 TEL () 担当者名 / E-mail ふりがな にんい たもつ 氏名 任意 保 E-mail 保険契約者名 ふりがな かながわ いちろう 氏名 神奈川 一郎 住所 〒×××-×××× △△市□□□456 保険期間 / 契約番号 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 <input checked="" type="radio"/> 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	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 住所 / 電話番号 〒×××-×××× ▲▲市〇〇〇 345-1 TEL 〇〇〇(□□)□□□ ※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 □□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 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 <input checked="" type="checkbox"/>

(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。