

第三者行為による傷病届

【記入例】

項目	内容
① 被保険者記号・番号 / 保険者名 (被保険者名等) 届出者	被保険者記号・番号 岡●●●●●●●●
	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 こくほ いちろう
	氏名 / 生年月日 氏名 国保 一郎 生年月日 S45年 4月 29日
住所 / 電話	〒 700-XXXX ◆◆市◆◆ 1-2-3 TEL 086 (XXX) XXXX
	届出者の情報と同じ場合はチェック <input type="checkbox"/>
② 氏名 / 続柄 / 生年月日 (被害者)	ふりがな こくほ はなこ
住所 / 電話	氏名 国保 花子 生年月日 S46年 10月 10日
	〒 700-XXXX ◆◆市◆◆ 1-2-3 TEL 086 (XXX) XXXX
③ 氏名 (加害者)	ふりがな かがい そうた
住所 / 電話	氏名 加害 走太 生年月日 S46年 10月 10日
	〒 700-XXXX △△市△△△ 4-5 TEL 086 (YYY) YYYY
④ 事故発生日時 事故発生状況 労災保険対象の確認	令和3年 7月 1日 午前 / 午後 10時 25分頃
	◆◆市◇◇町◆◆丁目◆◆-◆◆先路上
	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)
⑤ 保険会社名 / 保険契約者名 (加害者) 自賠責保険	保険会社名 〇〇保険株式会社
	登録番号 岡山588 2 9999
	車台番号 LA-999999
⑥ 任意保険 (加害者) 任意対人一括の有無	保険会社名 ▲▲海上保険株式会社
	取扱店所在地 / 電話 〒 700-ZZZZ ▲▲市▲▲▲ 6-7-8 TEL 086 (NNN) NNNN
	担当者名 / E-mail ふりがな せんぼ じろう 氏名 損保 次郎 E-mail
⑦ 被害者加入の保険会社の関与	保険会社名 ▽▽共済
	担当者氏名 平和 譲
	TEL 086 (PPP) PPPP
⑧ 治療状況	① 診療機関名 健康病院
	入院 有 / 無 治療開始日 R3年 7月 1日 治療終了(見込) 年 月 日
	〒 700-SSSS ◆◆市□□ 10-9-8 TEL ()
⑨ 傷病届作成日 / 作成支援の有無	② 診療機関名 交通クリニック
	入院 有 / 無 治療開始日 R3年 7月 8日 治療終了(見込) 年 月 日
	〒 700-TTTT ◆◆市□□ 7-6-5 TEL ()
⑨ 傷病届作成日 / 作成支援の有無	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	R3年 7月 10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 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。