

第三者行為による傷病届(記載例)

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>	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏名 国保 一郎 生年月日 × 年 × 月 × 日			
	住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市▲▲	TEL 000(123)4567			
(受診者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名	届出者との関係 生年月日 年 月 日			
	住所 / 電話	〒	TEL			
(第三者) 加害者	氏名	ふりがな 氏名 加害 花子				
	住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市▲▲	TEL 000(123)4567			
事故発生状況	事故発生日時	△ 年 △ 月 △ 日 午前 / (午後) 1 時 30 分頃				
	事故発生場所	●●●●交差点				
	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)				
(加害者) 自賠償保険	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 〇〇〇〇〇〇保険株式会社	ふりがな 氏名 〇〇〇〇〇			
	登録番号 / 車台番号	登録番号 〇〇〇〇〇	車台番号 〇〇〇〇〇			
	保険期間 / 自賠償証明書番号	保険期間 △ 年 △ 月 △ 日 ~ △ 年 △ 月 △ 日	自賠償証明書番号 第 〇〇〇〇〇 号			
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 〇〇〇〇〇〇保険株式会社	担当部署			
	取扱店所在地 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市▲▲	TEL 000(123)4567			
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 □□□□□□□□	E-mail			
	保険契約者名	ふりがな 氏名 □□□□□□□□				
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市▲▲				
	保険期間 / 契約番号	保険期間 △ 年 △ 月 △ 日 ~ △ 年 △ 月 △ 日	契約番号 第 〇〇〇〇〇 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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	保険会社名	担当部署			
		担当者氏名	TEL ()			
治療 状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※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。	① 診療機関名 〇〇整形外科	入院 有 / 無	治療開始日 △ 年 △ 月 △ 日	治療終了(見込) △ 年 △ 月 △ 日	
		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市▲▲	TEL 055(1234)5678			
		② 診療機関名 ◎◎病院	入院 有 / 無	治療開始日 △ 年 △ 月 △ 日	治療終了(見込) △ 年 △ 月 △ 日	
		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市▲▲	TEL 055(1234)5678			
		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		年 月 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。

※注: 人身傷害保険を使用の場合は、必ずご記入をお願いいたします。