

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 届出者 (被保険者名等)	被保険者記号・番号	岡●●●●●●●●
	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 国保 一郎 氏名 国保 一郎 〒 700-XXXX ◆◆市◆◆ 1-2-3
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	◆◆市 生年月日 S45年 4月 29日 TEL 086 (XXX) XXXX
② 氏名 / 続柄 / 生年月日 被害者 (受診者)	届出者の情報と同じ場合はチェック <input type="checkbox"/>	ふりがな 国保 花子 氏名 国保 花子 〒 700-XXXX ◆◆市◆◆ 1-2-3
	住所 / 電話	届出者との関係 妻 生年月日 S46年 10月 10日 TEL 086 (XXX) XXXX
③ 氏名 加害者 (第三者)	氏名	ふりがな 加が い そうた 氏名 加害 走太 〒 700-XXXX △△市△△△ 4-5
	住所 / 電話	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	事故発生日時	令和3年 7月 1日 午前 / 午後 10時 25分頃
	事故発生場所	◆◆市◇◇町◇◇丁目◇◇先路上
	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)
⑤ 保険会社名 / 保険契約者名 自賠責保険 (加害者)	保険会社名	〇〇保険株式会社 ふりがな 加が い そうた 氏名 加害 走太
	登録番号 / 車台番号	岡山588 こ 9999 車台番号 LA-999999
	保険期間 / 自賠責証明書番号	令和2年 4月 15日 ~ 令和4年 5月 15日 自賠責証明書番号 第 ABCD12345 号
⑥ 保険会社名 / 担当部署 任意保険 (加害者)	保険会社名	▲▲海上保険株式会社 担当部署
	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 さんぼ じろう 氏名 損保 次郎 E-mail
	保険契約者名	ふりがな 加が い そうた 氏名 加害 走太
	住所	〒 700-XXXX △△市△△△ 4-5
	保険期間 / 契約番号	令和3年 5月 2日 ~ 令和4年 5月 1日 契約番号 第 OPQRSTU6789 号
任意対人一括の有無	有 / 無	
⑦ 被害者加入の保険会社の関与 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 ▽▽共済 担当者氏名 平和 譲 TEL 086 (PPP) PPPP
⑧ 診療機関名 / 入院 / 治療期間 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
	住所 / 電話番号	〒 700-SSSS ◆◆市□□ 10-9-8 TEL ( )
	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 ( )
		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 ( )
⑨ 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 checked="" 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。