

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 <small>(被保険者名等)</small>	被保険者記号・番号		保険者名
	岡●・●●●●●●		◆◆市
	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 こくほ いちろう 氏名 国保 一郎
	住所 / 電話	〒 700-XXXX ◆◆市◆◆ 1-2-3	TEL 086 (XXX) XXXX
② 氏名 / 続柄 / 生年月日 <small>(受診者)</small>	届出者の情報と同じ場合はチェック <input type="checkbox"/>	ふりがな こくほ はなこ 氏名 国保 花子	届出者との関係 妻 生年月日 S46年 10月 10日
	住所 / 電話	〒 700-XXXX ◆◆市◆◆ 1-2-3	TEL 086 (XXX) XXXX
③ 氏名 <small>(第三者)</small>	ふりがな かがい そうた 氏名 加害 走太		
	住所 / 電話	〒 700-XXXX △△市△△△ 4-5	TEL 086 (YYY) YYYY
④ 事故発生日時 事故発生場所 労災保険対象の確認 <small>(事故発生状況)</small>	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 登録番号 / 車台番号 保険期間 / 自賠償証明書番号 <small>(自賠償者)</small>	保険会社名 〇〇保険株式会社		ふりがな かがい そうた 氏名 加害 走太
	登録番号 岡山588 2 9999		車台番号 LA-999999
	保険期間 令和2年 4月 15日 ~ 令和4年 5月 15日		自賠償証明書番号 第 ABCD12345 号
⑥ 保険会社名 / 担当部署 取扱店所在地 / 電話 担当者名 / E-mail 保険契約者名 住所 保険期間 / 契約番号 任意対人一括の有無 <small>(任意保険)</small>	保険会社名 ▲▲海上保険株式会社		担当部署
	〒 700-ZZZZ ▲▲市▲▲▲ 6-7-8		TEL 086 (NNN) NNNN
	ふりがな そんぼ じろう 氏名 損保 次郎		E-mail
	ふりがな かがい そうた 氏名 加害 走太		
	〒 700-XXXX △△市△△△ 4-5		
	保険期間 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 <small>(被害者加入の保険会社の関与)</small>	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	担当部署 TEL 086 (PPP) PPPP
⑧ 診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 <small>(治療状況)</small>	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 ()
	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。