

第三者行為による傷病届

【記載例】

項 目	内 容
届出者・届出先	被保険者証記号番号 / 保険者名 被保険者証記号番号 大村・〇〇〇〇〇 保険者名 大村市
	保険者の住所(届出先) 〒 000-0000 ▲▲市▲▲▲11-1
	被保険者氏名 ※国民健康保険の場合は世帯主氏名 ふりがな 氏名 こくほ たろう 国保 太郎
(受診者) 被害者	氏名 / 性別 / 年齢 ふりがな 氏名 こくほ たろう 国保 太郎 性別 男性 年齢 47歳
	続柄 / 生年月日 届出者との関係 本人 昭和46年1月1日
	住所 / 電話 〒 000-0000 ▲▲市▲▲▲11-1 TEL (333)1111
	備考 XXXX-XXXX-XXXX(国保の場合は個人番号を記載)
(第三者) 加害者	氏名 / 性別 / 年齢 ふりがな 氏名 かがい はなこ 加害 花子 性別 女性 年齢 33歳
	住所 / 電話 〒 000-0000 ▲▲市★★27-1 (112)1112
事故発生	事故発生日時 令和 1 年 8 月 1 日 午前 / 午後 3 時 30 分
	事故発生場所 ▲▲市★★30-5
自賠償保険 (加害者)	保険会社名 〇〇海上火災 保険株式会社
	保険契約者名 ふりがな 氏名 かがい はなこ 加害 花子
	登録番号 ▲▲55は5555
	車台番号 EX66-6666
	保険期間 / 自賠償番号 保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日 自賠償番号
任意保険 (加害者)	保険会社名 ●●●●損保 保険株式会社
	取扱店所在地 / 電話 〒 TEL (329)3443
	担当者名 / E-mail ふりがな 氏名 海上 E-mail
	保険契約者名 ふりがな 氏名 かがい はなこ 加害 花子
	住 所 〒000-0000 ▲▲市★★27-1
	保険期間 / 契約番号 保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日 契約番号
	任意対人一括の有無 有 / 無
被害者加入の保険会社関与の有無(注) 有 / 無 保険会社名・担当者名 TEL ()	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話 診療機関名 ●●病院 治療開始日 令和 1 年 8 月 2 日 TEL 000(000)0000
	所在地 〒 入院の有無 有 / 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話 診療機関名 ●●診療所 治療開始日 年 月 TEL ()
	所在地 〒 入院の有無 有 / 無

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。
 (注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。
 (自賠償共済、任意共済の場合には、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記載して下さい。)