

第三者行為による傷病届

第三者行為による傷病届

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 1234567	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 たろう 氏名 国保 太郎 〒 123-4567 〇〇県●●市〇〇1-2-3	生年月日 1990年 1月 1日 TEL 090(0000)0000
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒	届出者との関係 生年月日 年 月 日 TEL ()
(受 診 者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒	届出者との関係 生年月日 年 月 日 TEL ()
(加 害 者) 加 害 者	氏 名	ふりがな ちゅうおう はなこ 氏名 中央 花子 〒 765-4321 〇〇県●●市〇〇3-2-1	TEL 080(0000)0000
	住所 / 電話	〇〇県●●市〇〇3-2-1	
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	2021年 7月 8日 (午前) / 午後 1時 23分頃	
	事故発生場所	〇〇県●●市〇〇5-5-5	
	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)	
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ●●火災海上保険株式会社	ふりがな ちゅうおう いちろう 氏名 中央 一郎
	登録番号 / 車台番号	登録番号 A1B2C3D4	車台番号 A111B-123456
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 2020年 1月 1日 ~ 2022年 1月 1日	自賠責証明書番号 第 R586341 号
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 ◆◆損害保険株式会社	担当部署 □□保険金サービス課
	取扱店所在地 / 電話	〒 100-0000 〇〇県□□市△△1-2-3 損害ビルZF	TEL 050(0000)0000
	担当者名 / E-mail	ふりがな かい 氏名 甲斐	E-mail ●●◆@sonpo.co.jp
	保険契約者名	ふりがな ちゅうおう いちろう 氏名 中央 一郎	
	住所	〒 765-4321 〇〇県●●市〇〇3-2-1	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 2020年 1月 1日 ~ 2022年 1月 1日	契約番号 第 G56T789 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 担当者氏名	担当部署 TEL ()
	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 〇〇医科大学病院 〒 123-4567 〇〇県●●市〇〇1-1-1	入院 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
治 療 状 況	② 診療機関名 〇〇県立◆◆総合医療センター 〒 123-4567 〇〇県◆◆市△△2-2	入院 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	治療開始日 2021年 7月 8日 治療終了(見込) 2021年 8月 8日 TEL 00(1111)1111
	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。