

記入例

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 XXXXXXXX	保険者名 〇〇市
	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 ひがいはじめ 氏名 被害 一 〒 XXX-XXX 〇〇市△△町××番地	生年月日 昭和XX年 XX月 XX日 TEL XXX(XXX)XXX
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話		
(受 診 者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな ひがいたろう 氏名 被害 太郎 〒 XXX-XXX 〇〇市△△町××番地	届出者との関係 子 生年月日 平成XX年 XX月 XX日 TEL XXX(XXX)XXX
	住所 / 電話		
(第 三 者) 加 害 者	氏名	ふりがな かがい いちろう 氏名 加害 一郎 〒 XXX-XXX 〇〇市△△町××番地	TEL XXX(XXX)XXX
	住所 / 電話		
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	令和XX年 XX月 XX日	午前 / 午後 XX時 XX分頃
	事故発生場所	〇〇市△△町××番地	
	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 〇〇損害保険	ふりがな かがい いちろう 氏名 加害 一郎
	登録番号 / 車台番号	登録番号 〇〇 ××× 〇 ××××	車台番号 〇〇〇〇-××××
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 令和XX年 XX月 XX日 ~ 令和XX年 XX月 XX日	自賠責証明書番号 第 XXXXXXXXXX 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	担当部署
	取扱店所在地 / 電話	〒 XXX-XXX 〇〇市△△町××番地	TEL XXX(XXX)XXX
	担当者名 / E-mail	ふりがな そんぼ かずお 氏名 損保 一夫	E-mail XXX@XXX
	保険契約者名	ふりがな かがい いちろう 氏名 加害 一郎	
	住所	〒 XXX-XXX 〇〇市△△町××番地	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和XX年 XX月 XX日 ~ 令和XX年 XX月 XX日	契約番号 第 XXXXXXXXXX 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 ニッポン交通共済 担当者氏名 共済 花子	担当部署 TEL XXX(XXX)XXX
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 〇〇病院	入院 有 / 無 治療開始日 令和XX年 XX月 XX日 治療終了(見込) 令和XX年 XX月 XX日
	住所 / 電話番号	〒 XXX-XXX 〇〇市△△町××番地	TEL XXX(XXX)XXX
	※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。	② 診療機関名 〇〇接骨院	入院 有 無 治療開始日 令和XX年 XX月 XX日 治療終了(見込) 年 月 日
		〒 XXX-XXX 〇〇市△△町××番地	TEL XXX(XXX)XXX
		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	令和XX年 XX月 XX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。