

記入例

第三者行為による傷病届

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 XXXXXX	保険者名 〇〇市	
	保険者の住所(届出先) ※市役所等の住所	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地		
	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 ひが い はじめ 氏名 被害 一	(印)	
被 害 者 (受 害 者)	氏名/性別/年齢	ふりがな ひが い たろう 氏名 被害 太郎	男性 / 女性 XX 歳	
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 子	平成XX年 XX 月 XX 日	
	住所 / 電話	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地	TEL XXX(XXX)XXXX	
	備 考			
加 害 者 (加 害 者)	氏名/性別/年齢	ふりがな かが い いちろう 氏名 加害 一郎	男性 / 女性 XX 歳	
	住所 / 電話	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地	TEL XXX(XXX)XXXX	
事 故 発 生	事故発生日時	平成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		
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名	□□損害保険		
	保険契約者名	ふりがな かが い いちろう 氏名 加害 一郎		
	登録番号	〇〇 × × × × 〇 × × × ×		
	車台番号	〇〇〇〇 - × × × ×		
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 平成XX年 XX 月 XX 日 ~ 平成XX年 XX 月 XX 日	自賠責番号 第XXXXXXXX号	
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名	◆◆損害保険		
	取扱店所在地 / 電話	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地	TEL XXX(XXX)XXXX	
	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@XXXX	
	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-XXXX 〇〇市△△町××番地		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 平成XX年 XX 月 XX 日 ~ 平成XX年 XX 月 XX 日	契約番号 XXXXXXXXXX	
	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 ニッポン交通共済 担当:共済 花子 TEL XXXX(XX)XXXX	
治 療 状 況	診療機関名/治療開始日/電話	医療機関名 〇〇病院	治療開始日 平成XX年 XX 月 XX 日 TEL XXX-XXX-XXXX	
	所在地	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地	入院の有無 有 / 無	
	診療機関名/治療開始日/電話	医療機関名 〇〇接骨院	治療開始日 平成XX年 XX 月 XX 日 TEL XXX-XXX-XXXX	
	所在地	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地	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、有無の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入してください。

(自賠責共済、任意共済の場合には、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記載して下さい。)