

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 保険者名	
	※国民健康保険は 世帯主、その他 は被保険者の 情報を記入	届出者情報 氏名 / 生年月日	ふりがな 氏 名 〒	生年月日 年 月 日 TEL ()
		住所 / 電話		
(受 診 者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏 名 〒	届出者との関係 生年月日 年 月 日 TEL ()	
	住所 / 電話			
(第 三 者) 加 害 者	氏 名	ふりがな 氏 名 〒	TEL ()	
	住所 / 電話			
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃		
	事故発生場所			
	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)		<input type="checkbox"/>
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ふりがな 氏 名	登録番号 車台番号	
	登録番号 / 車台番号	登録番号	車台番号	
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号 第 号	
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 〒	担当部署 TEL ()	
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL ()	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏 名 〒	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏 名 〒		
	住所	〒		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号 第 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 type="checkbox"/>	保険会社名 担当部署	担当者氏名 TEL ()	
治 療 状 況	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	入 院 治療開始日 年 月 日 有 / 無 治療終了(見込) 年 月 日	
		〒	TEL ()	
	② 診療機関名	入 院 治療開始日 年 月 日 有 / 無 治療終了(見込) 年 月 日		
	〒	TEL ()		
	③ 診療機関名	入 院 治療開始日 年 月 日 有 / 無 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 <input 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。

第三者行為による傷病届

項 目		内 容			
(被 保 険 者 等) 届 出 者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 12345678			
	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 たろう 氏名 国保 太郎	生年月日 昭和55年 1月 1日	
		住所 / 電話	〒 000-0000 ▲▲市▲▲町1-2	TEL 082(123)4567	
(受 診 者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな こくほ れんこ 氏名 国保 連子	届出者との関係 妻 生年月日 昭和55年 5月 5日		
	住所 / 電話	〒 000-0000 ▲▲市▲▲町1-2	TEL 082(123)4567		
(第 三 者) 加 害 者	氏 名	ふりがな かがい はなこ 氏名 加害 花子			
	住所 / 電話	〒 000-0000 ▲▲市◆◆町3-4-101	TEL 090(9999)0000		
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	令和 3年 4月 5日 午前 / 午後 9時 45分頃			
	事故発生場所	▲▲市★★町19-49			
	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 〇〇海上火災 株式会社	ふりがな かがい はなこ 氏名 加害 花子		
	登録番号 / 車台番号	登録番号 広島555あ5555	車台番号 X X 99-99999		
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 令和 2年 4月 1日 ~ 令和 4年 4月 1日	自賠責証明書番号 第 AA1111 号		
任 意 保 険 (加 害 者)	加害者の任意保険(対人一括)で対応している場合はこちらに記入してください	保険会社名 ●●●●損害保険 株式会社	担当部署 広島サービスセンター		
	取次所在地 / 電話	〒 000-0000 広島市〇区〇〇町〇〇-〇	TEL 082(333)3333		
	担当者名 / E-mail	ふりがな おおたがわ きよし 氏名 太田川 清	E-mail		
	保険契約者名	ふりがな かがい はなこ 氏名 加害 花子			
	住所	〒 000-0000 ▲▲市◆◆町3-4-101			
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和 3年 6月 1日 ~ 令和 4年 6月 1日	契約番号 第 HK9999 号		
任意対人一括の有無	被害者の人身傷害保険で対応している場合はこちらに✓し、必要事項を記入し 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"/>	担当部署			
		担当者氏名	TEL ()		
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 ●●病院	入院 有 / 無	治療開始日 令和3年 4月 5日	
		治療終了(見込) 年 月 日			
	住所 / 電話番号 <small>※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。</small>	〒 000-0000 ▲▲市▲▲町111-11	TEL 082(000)0000		
		② 診療機関名 ▲▲診療所	入院 無 / 有	治療開始日 令和3年 6月 7日	治療終了(見込) 年 月 日
	〒 000-0000 ▲▲市★★町1234	TEL 082(000)0000			
	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3年 4月 30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。