

第三者行為による傷病届

<< 記載例 >>

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 島 6 0 - XXXXXXXX	
	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	氏名 / 生年月日	ふりがな ひがいしゃ せたいぬしめい 氏 名 被害者 世帯主氏名 〒 XXX-XXXX 西郷村XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
		住所 / 電話	生年月日 〇〇 年 〇 月 〇 日 TEL XXXX (XX) XXXX
		届出者との関係	子 生年月日 〇〇 年 〇 月 〇 日 TEL XXXX (XX) XXXX
(被害者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな ひがいしゃしめい 氏 名 被害者氏名 〒 XXX-XXXX 西郷村XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	子 生年月日 〇〇 年 〇 月 〇 日 TEL XXXX (XX) XXXX
	住所 / 電話		
(加害者) 加害者	氏 名	ふりがな かがいしゃしめい 氏 名 加害者氏名 〒 XXX-XXXX 西郷村XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
	住所 / 電話	TEL XXXX (XX) XXXX	
事故発生状況	事故発生日時	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 午前 / (午後) 〇〇 時 〇〇 分頃	
	事故発生場所	事故発生場所の住所	
	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)	
自賠責保険 自賠責保険	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 加害者自賠責保険会社名	ふりがな かがいしゃじばいせきほけんけいやくしゃめい 氏 名 加害者自賠責保険契約者名
	登録番号 / 車台番号	登録番号 福島XXXあXXXX	車台番号 XXXX-XXXX
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 〇〇 年 〇 月 〇 日 ~ 〇〇 年 〇 月 〇 日	自賠責証明書番号 第 XXXXXXXXXXXX 号
任意保険 任意保険	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 加害者任意保険会社名	担当部署 保険会社担当部署名
	取扱店所在地 / 電話	〒 XXX-XXXX 加害者任意保険会社住所	TEL XXXX (XX) XXXX
	担当者名 / E-mail	ふりがな かがいしゃにんいほけんががいしゃたんとうしゃしめい 氏 名 加害者任意保険会社担当者氏名	E-mail XXX@XXX.XXX.XXX
	保険契約者名	ふりがな かがいしゃにんいほけんががいしゃたんとうしゃしめい 氏 名 加害者任意保険契約者氏名	
	住所	〒 XXX-XXXX 加害者任意保険契約者住所	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 〇〇 年 〇 月 〇 日 ~ 〇〇 年 〇 月 〇 日	契約番号 第 XXXXXXXXXXXX 号
	任意対人一括の有無	有 / 無 任意保険会社が、自賠責もとりまとめて一括して支払う制度。	
被害者加入の保険 被害者加入の保険	被害者加入の保険 被害者加入の保険	被害者加入の保険 被害者加入の保険	被害者加入の保険 被害者加入の保険
	被害者加入の保険 被害者加入の保険	被害者加入の保険 被害者加入の保険	被害者加入の保険 被害者加入の保険
治療状況 治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 診療機関名称 有 / 無	入院 治療開始日 〇〇 年 〇 月 〇 日 治療終了(見込) 〇〇 年 〇 月 〇 日
	住所 / 電話番号	〒 XXX-XXXX 診療機関住所	TEL XXXX (XX) XXXX
	※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 診療機関名称 有 / 無	入院 治療開始日 〇〇 年 〇 月 〇 日 治療終了(見込) 〇〇 年 〇 月 〇 日
		〒 XXX-XXXX 診療機関住所	TEL XXXX (XX) XXXX
		③ 診療機関名 有 / 無	入院 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		〇〇 年 〇 月 〇 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。