

第三者行為による傷病届(交通事故以外の事故・傷害)				
項 目		内 容 <記載例>		
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 島60 - XXXXXXXX		保険者名 西郷村
	保険者の住所(届出先)	〒961-8501 福島県西白河郡西郷村大字熊倉字折口原40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 ひがいしゃ せたいぬししめい 氏 名 被害者 世帯主氏名		
	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな ひがいしゃしめい 氏 名 被害者氏名		男性 / 女性 XX 歳
(被害者)	続柄 / 生年月日	届出者との関係 子		〇〇年 〇〇月 〇〇日
	住所 / 電話	〒 XXX-XXXX 西郷村〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		TEL XXXX (XX) XXXX
	備 考			
	事故発生	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	
事故の状況	事故発生場所	事故発生場所の住所		
	受傷原因と状況	公園を散歩中、加害者の飼っている犬に足をかまれた。		
(加害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな かがいしゃしめい 氏 名 加害者氏名		男性 / 女性 XX 歳
	住所 / 電話	〒 XXX-XXXX 西郷村〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		TEL XXXX (XX) XXXX
加害者	保険会社名	加害者保険会社名		
	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 かがいしゃほけんがいしゃたんとうしゃしめい 氏 名 加害者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 かがいしゃほけんけいやくしゃしめい 氏 名 加害者保険契約者氏名		
	住 所	〒 XXX-XXXX 加害者保険契約者住所		
	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 XXXXXXXXXX
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無 被害者保険会社名・担当者氏名		TEL XXXX (XX) XXXX
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 診療機関名称		治療開始日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 TEL XXXX (XX) XXXX
	所 在 地	〒 XXX-XXXX 診療機関住所		入院の有無 有 / 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 診療機関名称		治療開始日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 TEL XXXX (XX) XXXX
	所 在 地	〒 XXX-XXXX 診療機関住所		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)被害者加入の保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。				