

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 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	保険者名 〇〇〇〇	
	保険者の住所(届出先)	〒 注①		
	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 氏名	こくほ いちろう 国保 一郎 印	
(被害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名	こくほ いちろう 国保 一郎 男性 / 女性 〇〇 歳	
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 本人	昭和46 年 1 月 1 日	
	住所 / 電話	〒 注②	TEL (333)1111	
	備考	〇〇〇〇〇〇〇〇		
(第三者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名	かがい はなこ 加害 花子 女性 62 歳	
	住所 / 電話	〒 000-0000 ▲▲市 × × 27-1	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇	
事故発生	事故発生日時	令和2年 1 月 1 日 午前 午後 1 時 00 分頃		
	事故発生場所	〇〇〇〇〇〇		
自賠償保険(加害者)	保険会社名	〇〇海上火災 保険株式会社		
	保険契約者名	ふりがな 氏名	かがい はなこ 加害 花子	
	登録番号	▲▲55は55555		
	車台番号	EX-66-6666		
	保険期間 / 自賠償番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠償番号	
任意保険(加害者)	保険会社名	●●●●●損保 保険株式会社		
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL (555)1111	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名	海上 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	
	任意対人一括の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無 注③	TEL ()	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 ●●病院	治療開始日 令和2年 1月10 日 TEL ()	
	所在地	〒	入院の有無 有 / 無	
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇診療所	治療開始日 令和2年 1月10 日 TEL ()	
	所在地	〒	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。
 (自賠償共済、任意共済の場合には、自賠償保険、任意保険の各欄に「共済」と読み替えてその内容を記載して下さい。)

注①: 保険者の住所が入ります。
 例) 甲府市役所の場合...甲府市丸の内1丁目18番1号
 ※被保険者の住所が記載されているケースが見受けられます。別添の市町村名簿にて確認をお願いします。

注②: 被害者の住所が入ります。
 ※保険者の住所が記載されているケースが見受けられます。ご注意ください。

注③: 人身傷害保険使用の場合、必ずご記入をお願いいたします。