

第三者行為による傷病届

| 項 目                                         |                                                 |                                                                                               | 内 容                                                                    |              |                                                                   |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------|
| (被<br>保<br>険<br>者<br>名<br>等)<br>届<br>出<br>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                                                              |
|                                             | 届出者情報<br>※国民健康保険は<br>世帯主、その他<br>は被保険者の<br>情報を記入 | 氏名 / 生年月日                                                                                     | ふりがな<br>氏 名                                                            |              | 生年月日<br>年 月 日                                                     |
|                                             |                                                 | 住所 / 電話                                                                                       | 〒                                                                      |              | TEL<br>( )                                                        |
| (被<br>害<br>者)<br>受<br>診<br>者                | 氏名 / 続柄 / 生年月日                                  | 届出者の<br>情報と同じ場合は<br>チェック<br><input type="checkbox"/>                                          | ふりがな<br>氏 名                                                            |              | 生年月日<br>年 月 日                                                     |
|                                             | 住所 / 電話                                         |                                                                                               | 〒                                                                      |              | TEL<br>( )                                                        |
| (第<br>三<br>者)<br>加<br>害<br>者                | 氏 名                                             |                                                                                               | ふりがな<br>氏 名                                                            |              |                                                                   |
|                                             | 住所 / 電話                                         |                                                                                               | 〒                                                                      |              | TEL<br>( )                                                        |
| 事<br>故<br>発<br>生<br>状<br>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。<br>(※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<br>賠<br>責<br>保<br>険<br>(加<br>害<br>者)      | 保険会社名 / 保険契約者名                                  |                                                                                               | 保険会社名<br>ふりがな<br>氏 名                                                   |              |                                                                   |
|                                             | 登録番号 / 車台番号                                     |                                                                                               | 登録番号<br>車台番号                                                           |              |                                                                   |
|                                             | 保険期間 / 自賠責証明書番号                                 |                                                                                               | 保険期間<br>年 月 日 ~ 年 月 日 自賠責証明書番号<br>第 号                                  |              |                                                                   |
| 任<br>意<br>保<br>険<br>(加<br>害<br>者)           | 保険会社名 / 担当部署                                    |                                                                                               | 保険会社名<br>担当部署                                                          |              |                                                                   |
|                                             | 取扱店所在地 / 電話                                     |                                                                                               | 〒                                                                      |              | TEL<br>( )                                                        |
|                                             | 担当者名 / E-mail                                   |                                                                                               | ふりがな<br>氏 名                                                            |              | E-mail                                                            |
|                                             | 保険契約者名                                          |                                                                                               | ふりがな<br>氏 名                                                            |              |                                                                   |
|                                             | 住所                                              |                                                                                               | 〒                                                                      |              |                                                                   |
|                                             | 保険期間 / 契約番号                                     |                                                                                               | 保険期間<br>年 月 日 ~ 年 月 日 契約番号<br>第 号                                      |              |                                                                   |
|                                             | 任意対人一括の有無                                       |                                                                                               | 有 / 無                                                                  |              |                                                                   |
| 被害者加入の保険<br>会社の関与                           |                                                 | 関与の有無を<br>チェックし、<br>「有」の場合<br>は右欄を記入<br>有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> | 保険会社名<br>担当部署                                                          |              |                                                                   |
|                                             |                                                 |                                                                                               | 担当者氏名<br>TEL<br>( )                                                    |              |                                                                   |
| 治<br>療<br>状<br>況                            | 診療機関名 / 入院 / 治療期間                               |                                                                                               | ① 診療機関名                                                                | 入 院<br>有 / 無 | 治療開始日<br>年 月 日<br>治療終了(見込)<br>年 月 日                               |
|                                             | 住所 / 電話番号                                       |                                                                                               | 〒                                                                      |              | TEL<br>( )                                                        |
|                                             | ※治療終了日(見込)については<br>可能な範囲でご記入ください。               |                                                                                               | ② 診療機関名                                                                | 入 院<br>有 / 無 | 治療開始日<br>年 月 日<br>治療終了(見込)<br>年 月 日                               |
|                                             |                                                 |                                                                                               | 〒                                                                      |              | TEL<br>( )                                                        |
|                                             |                                                 |                                                                                               | ③ 診療機関名                                                                | 入 院<br>有 / 無 | 治療開始日<br>年 月 日<br>治療終了(見込)<br>年 月 日                               |
|                                             |                                                 |                                                                                               | 〒                                                                      |              | TEL<br>( )                                                        |
|                                             |                                                 |                                                                                               |                                                                        |              |                                                                   |
|                                             |                                                 |                                                                                               |                                                                        |              |                                                                   |
|                                             |                                                 |                                                                                               |                                                                        |              |                                                                   |
| 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。