

第三者行為による傷病届 (個人賠償保険等)

様式第4号の2

第三者行為による傷病届 (個人賠償保険等)			
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 和〇〇 〇〇〇〇〇〇	保険者名 〇〇市町村
	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	ふりがな こくほ はなこ 氏 名 国 保 花 子 ①	生年月日 〇 年 〇 月 〇 日
	氏名 / 生年月日	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇111-1	TEL 〇〇(〇〇)〇〇
	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
	住所 / 電話	TEL ()	
(加 害 者) 第 三 者	氏 名	ふりがな 氏 名 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇222-2	TEL 〇〇(〇〇)〇〇
	住所 / 電話		
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	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇町〇〇333-3	
	事故の原因及び状況	(例) 徒歩で買い物へ行く途中、急に飛び出てきた相手自転車と接触。	
	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)	
個 人 賠 償 保 険 等 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 〇〇損害保険	担当部署 〇〇〇〇〇〇部
	取扱店所在地 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇444-4	TEL 〇〇(〇〇)〇〇
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏 名 損 保 大 輔	E-mail 〇〇 @ 〇〇.jp
	保険契約者名	ふりがな 氏 名 きゅうしょう たろう 求 償 太 郎	
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇222-2	
	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 1122334455 号
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 〇〇総合病院	入 院 有 無 治療開始日 〇 年 〇 月 〇 日 治療終了(見込) 〇 年 〇 月 〇 日
	住所 / 電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇555-5	TEL 〇〇(〇〇)〇〇
	※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。	② 診療機関名 〇〇整形外科	入 院 有 無 治療開始日 〇 年 〇 月 〇 日 治療終了(見込) 〇 年 〇 月 〇 日
		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇666-6	TEL 〇〇(〇〇)〇〇
		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 ④ 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。

自動車事故以外の事故

自動車事故以外(自転車事故・船舶事故・犬咬傷・食中毒等)の事故についても第三者の行為により負傷した場合は、傷病届の提出が必要となります。

チェック①
押印は不要。

チェック②
事故発生の年月日、時間、場所を「交通事故証明書」又は「事故状況報告書」等で確認して必ず記入。
併せて労災保険の対象でないことも確認。

チェック③
個人賠償保険等の有無を確認し、有のときは必ず保険会社、証券番号等を記入。
★網かけ部分は必須項目。

チェック④
傷病届の作成日を記入。
また、損保会社の支援を受け作成した場合はチェックを入れる。