

第三者行為による傷病届

(自賠責・任意保険)

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 和〇〇 〇〇〇〇〇〇	保険者名 〇〇市
	保険者の住所(届出先)	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町123-91	
	被保険者氏名 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	ふりがな こくほ はなこ 氏名 国保花子	印
(被害者) (受診者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな こくほ はなこ 氏名 国保花子	男性 / 女性 <input checked="" type="radio"/> 〇〇 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 本人	〇〇年〇〇月〇〇日
	住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町123-91	TEL 〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇
	※備考		
(加害者) (第三者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな きゅうしょう たろう 氏名 求償太郎	男性 / 女性 <input checked="" type="radio"/> 〇 歳
	住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇	TEL 〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇
① 事故発生	事故発生日時	〇〇年8月21日 午前 / 午後 10 時 30 分頃	
	事故発生場所	〇〇市〇〇町9番地	
② 自賠責保険(加害者)	保険会社名	〇〇海上火災保険	
	保険契約者名	ふりがな きゅうしょう たろう 氏名 求償太郎	
	登録番号	和歌山〇〇〇 た〇〇〇〇	
	車台番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 〇〇年1月1日 ~ 〇〇年12月31日	自賠責番号 ABC-123-456
③ 任意保険(加害者)	保険会社名	〇〇損害保険	
	取扱店所在地 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地	TEL 〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇
	担当者名 / E-mail	ふりがな そんぼ だいすけ 氏名 損保大輔	E-mail
	保険契約者名	ふりがな きゅうしょう たろう 氏名 求償太郎	
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 〇〇年1月1日 ~ 〇〇年12月31日	契約番号 1122334455
	任意対人一括の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	
④ 害者加入の保険会社関与の有無(注)	有 / 無	保険会社名・担当者名	TEL ()
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇総合病院	治療開始日 〇〇年8月21日 TEL 〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町3-49	入院の有無 有 / 無 <input checked="" type="radio"/>
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇整形外科	治療開始日 〇〇年8月23日 TEL 〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町11-22	入院の有無 有 / 無 <input checked="" type="radio"/>

チェック①
事故発生の年月日、時間、場所を「交通事故証明書」で確認して必ず記入。

チェック②
自賠責保険会社、証明書番号等を「交通事故証明書」で確認して必ず記入。

チェック③
任意保険の有無を確認し、有のときは必ず保険会社と証券番号を記入。

チェック④
被害者加入(被保険者加入)の人身傷害保険を使用する場合は必ず記入。

※個人番号を記載(後期高齢者被保険者は個人番号を記入する必要はありません。)
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。
 (自賠責共済、任意共済の場合には、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記載して下さい。)