

第三者行為による傷病届

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 12345678		
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな はつかいち たろう 氏名 廿日市 太郎 〒 000-0000 廿日市市▲▲1-2	保険者名 廿日市市 生年月日 昭和60年 1月 1日 TEL 090(1234)5678
(被 害 者) 受 診 者	氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話	届出者の情報と同じ場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/>	ふりがな はつかいち さくらこ 氏名 廿日市 桜子 〒 000-0000 廿日市市▲▲1-2	届出者との関係 妻 生年月日 昭和60年 5月 5日 TEL 080(1234)5678
(第 三 者) 加 害 者	氏 名 住所 / 電話	ふりがな かがい はなこ 氏名 加害 花子 〒 000-0000 ▲▲市◆◆3-4-101		TEL 090(9999)0000
事 故 発 生 状 況	事故発生日時 事故発生場所 労災保険対象の確認	令和 ○年 ○月 ○日 午前 / 午後 ○時 ○分頃 ▲▲市★町19-49 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)		<input checked="" type="checkbox"/>
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名 登録番号 / 車台番号 保険期間 / 自賠責証明書番号	保険会社名 〇〇海上火災 株式会社 登録番号 広島555あ5555 保険期間 令和 ○年 ○月 ○日 ~ 令和 ○年 ○月 ○日	ふりがな かがい はなこ 氏名 加害 花子 車台番号 X X 99-99999 自賠責証明書番号 第 AA1111 号	
任 意 保 険 (加 害 者)	任意保険(対人一括)で対応している場合はこちらに記入してください 取寄所在地 / 電話 担当者名 / E-mail 保険契約者名 住所 保険期間 / 契約番号 任意対人一括の有無	保険会社名 ●●●●損害保険 株式会社 〒 000-0000 広島市〇区〇〇町〇〇-〇 ふりがな おおたがわ きよし 氏名 太田川 清 ふりがな かがい はなこ 氏名 加害 花子 〒 000-0000 ▲▲市◆◆3-4-101 保険期間 令和 ○年 ○月 ○日 ~ 令和 ○年 ○月 ○日	担当部署 広島サービスセンター TEL 082(333)3333 E-mail 契約番号 第 HK9999 号	被害者の人身傷害保険で対応している場合はこちらに✓し、必要事項を記入し 有 / 無 <input checked="" type="checkbox"/>
被害者加入の保険会社の関与		関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	担当者氏名 TEL ()	担当部署
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 <small>※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。</small>	① 診療機関名 ●●病院 〒 000-0000 ▲▲市▲▲町111-11	入院 有 / 無 <input checked="" type="checkbox"/>	治療開始日 令和○年 ○月 ○日 治療終了(見込) 年 月 日 TEL 082(000)0000
		② 診療機関名 ▲▲診療所 〒 000-0000 ▲▲市★町1234	入院 有 / 無 <input checked="" type="checkbox"/>	治療開始日 令和○年 ○月 ○日 治療終了(見込) 年 月 日 TEL 082(000)0000
		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		令和○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 checked="" 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。