

### 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 西国 000-000	保険者名 西原町
	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>	ふりがな こくほ はなこ 氏名 国保 花子 〒 000 - 0000 西原町字▲▲ ○○番地の■	生年月日 昭和30年 7月 7日 TEL ××× (111) 1111
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒	届出者との関係 生年月日 年 月 日 TEL ( )
(被害者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名 〒	生年月日 年 月 日 TEL ( )
	住所 / 電話	届出者の情報と同じ場合はチェック <input type="checkbox"/>	
(第三者) 加害者	氏名	ふりがな かがい たろう 氏名 加害 太郎 〒 111 - 1111 ★★市■ 12-34	TEL ××× (999) 9999
	住所 / 電話		
事故発生 状況発生	事故発生日時	令和4年 1月 5日 午前 / (午後) 3時 30分頃	
	事故発生場所	★★市○○ 30-5	
	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)	<input checked="" type="checkbox"/>
(加害者) 自賠償保険	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ○○海上火災 保険株式会社 登録番号 ▲▲55は5555	ふりがな かがい たろう 氏名 加害 太郎 車台番号 ABC12-1234567
	登録番号 / 車台番号		
	保険期間 / 自賠償証明書番号	保険期間 平成7年 4月 1日 ~ 年 月 日	自賠償証明書番号 第 AA-2222 号
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名	担当部署
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL ( )
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名	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 第 号
任意対人一括の有無	有 / 無		
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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名	担当部署
		担当者氏名	TEL ( )
治療 状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 ★★病院 入院 有 / (無) 治療開始日 令和4年 1月 5日 治療終了(見込) 令和4年 1月 20日	
	住所 / 電話番号	〒 222-2222 ★★市▲▲ 78-9	TEL ××× (555) 5555
	※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 入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日	
		〒	TEL ( )
		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4年 1月 10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、自賠償共済、任意共済の場合、自賠償保険、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。