

第三者行為による傷病届

第三者行為による傷病届				
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 〇〇〇〇〇	保険者名 〇〇〇〇	
	保険者の住所(届出先)	〒		
	被保険者氏名 ※国民健康保険の場合は世帯主氏名	ふりがな 氏名 こくほ いちろう 国保 一郎	印 	
(被害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名 こくほ いちろう 国保 一郎	性別 45 歳 男性	
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 本人	昭和46年 1月 1日	
	住所 / 電話	〒039-2371 ▲▲町▲▲▲▲ 1-1	TEL (55) -1234	
	備考	XXXX-XXXX-XXXX (国保の場合は個人番号を記載)		
(加害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名 かがい はなこ 加害 花子	性別 62 歳 女性	
	住所 / 電話	〒 000-0000 ▲▲市★★27-1	TEL (112) 1112	
事故発生	事故発生日時	平成28年 8月 2日 午前 / 午後 3時 30分頃		
	事故発生場所	▲▲市★★30-5		
自賠責保険(加害者)	保険会社名	〇〇海上火災 保険株式会社		
	保険契約者名	ふりがな 氏名 かがい はなこ 加害 花子		
	登録番号	▲▲55は5555		
	車台番号	EX66-6666		
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責番号	
任意保険(加害者)	保険会社名	●●●●損保 保険株式会社		
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL (329) 3443	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 海上	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	
	任意対人一括の有無	有 / 無		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無	TEL ()	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 ●●●●病院	治療開始日 平成28年 8月 2日 TEL ()	
	所在地	〒	入院の有無 有 / 無	
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇診療所	治療開始日 平成28年 8月 2日 TEL ()	
	所在地	〒	入院の有無 有 / 無	
<p>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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。)</p>				