

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 ○○○○○	保険者名 ○○○○		
	保険者の住所(届出先)	〒			
	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 氏名	こくほ いちろう 国保 一郎	印	
(被害者) (受診者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名	こくほ いちろう 国保 一郎	男性	45 歳
	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	〒 000-0000 ▲▲市▲▲▲▲11-1	TEL 086 (333)1111		
	備考				
(第三者) (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	男性	62 歳
	住所 / 電話	〒 000-0000 ▲▲市★★27-1	TEL 086 (112)1112		
事故発生	事故発生日時	平成28 年 8 月 2 日 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	○○○○○○ 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	岡山55は5555			
	車台番号	EX-66-6666			
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 平成28年4月1日 ~ 平成30年 4 月 1 日	自賠責番号 12345678910		
任意保険 (加害者)	保険会社名	●●●●●● 保険株式会社			
	取扱店所在地 / 電話	〒 000-0000 ○○市○○町○○番地	TEL 086 (111)1111		
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名	そんぼ じろう 損保 二郎	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏名	かがい はなこ 加害 花子		
	住 所	〒 000-0000 ▲▲市▲▲▲▲町▲▲番地			
	保険期間 / 契約番号	保険期間 平成28年 4 月 1 日 ~ 令和3年 4 月 1 日	契約番号 ABCDEFGHIJK		
	任意対人一括の有無	有			
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有	保険会社名・担当 ○○損害保険株式会社 担当:△△	TEL 086 (123)1234	
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	無	
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 ○○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	無	

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。)