

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 ※国民健康保険の場合は世帯主氏名	ふりがな 氏 名				印			
(受 診 者) 被 害 者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名				男性 / 女性		歳	
	続柄 / 生年月日	届出者との関係				年 月 日			
	住所 / 電話	〒				TEL ()			
	備 考								
(加 害 者) 第 三 者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名				男性 / 女性		歳	
	住所 / 電話	〒				TEL ()			
事 故 発 生	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃							
	事故発生場所								
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名								
	保険契約者名	ふりがな 氏 名							
	登録番号								
	車台番号								
	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								
	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			
	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		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				治療開始日 年 月 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				治療開始日 年 月 日			
		TEL ()							
所 在 地	〒				入院の有無		有 / 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。)									

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 〇〇〇-〇〇〇〇〇				保険者名 真岡市			
	保険者の住所(届出先)	〒 321-4395 真岡市荒町5191番地							
	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 ことほ たろう 氏 名 国保 太郎				国保			
(受 診 者) 被 害 者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな ことほ はなよ 氏 名 国保 花代				男性 / 女性		60 歳	
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 妻				昭和30年 9月 25日			
	住所 / 電話	〒 321-4395 真岡市〇〇町〇〇〇番地				TEL 111 (2222)3333			
	備 考								
(加 害 者) 第 三 者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな あいて じろう 氏 名 相手 次郎				男性 / 女性		35 歳	
	住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇〇番地				TEL 444 (5555)6666			
事 故 発 生	事故発生日時	平成28年 4月 1日 午前 / 午後 2時 30分頃							
	事故発生場所	真岡市〇〇町地内							
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名	東京海上日動火災							
	保険契約者名	ふりがな あいて じろう 氏 名 相手 次郎							
	登録番号	宇都宮500こ1234							
	車台番号	AB11C-10101							
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日				自賠責番号 A12345678			
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名								
	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			
	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 ▲▲総合病院				治療開始日 平成28年 4月 1日 TEL ()			
	所 在 地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇〇番地				入院の有無		有 / 無	
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 ××整形外科				治療開始日 平成28年 4月 8日 TEL ()			
	所 在 地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇〇番地				入院の有無		有 / 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。)									