

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			
(第三者) 加害者	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 123456	保険者名 〇〇〇市
	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 はなよ 国保 花代	国保
(被害者) 被診者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名 こくほ はなよ 国保 花代	男性 / 女性 50 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 本人	S30 年 9 月 25 日
	住所 / 電話	〒 〇〇市△△町□丁目	TEL 111 (222)5555
	備考		
(加害者) 第三者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名 あいて じろう 相手 次郎	男性 / 女性 45 歳
	住所 / 電話	〒 △△市□□町○丁目○	TEL 000 (333)1111
事故発生	事故発生日時	平成28 年 4 月 30 日 午前 / 午後 2 時 00 分頃	
	事故発生場所	〇〇市〇〇町△丁目	
自賠責保険 (加害者)	保険会社名	〇〇〇海上火災保険株式会社	
	保険契約者名	ふりがな 氏名 あいて じろう 相手 次郎	
	登録番号	宇都宮500こ1234	
	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 A12345678
任意保険 (加害者)	保険会社名	●●●海上火災保険株式会社	
	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 □□病院	治療開始日 平成28 年 4 月 30 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 △△整骨院	治療開始日 平成28 年 5 月 2 日 TEL ()
	所在地	〒	入院の有無 有 / 無

【記載必須】
被保険者証の記号番号、保険者等名、被保険者の氏名(国民健康保険の場合は世帯主氏名)、を記載し押印します。

【記載必須】
被保険者の氏名、性別、年齢、住所、電話番号を記載します。

【記載必須】
相手方の氏名、性別、年齢、住所、電話番号を記載します。

【記載必須】
交通事故の発生日時、時間、発生場所を交通事故証明書を基に記載します。

相手方の自賠責保険の情報について交通事故証明書を基に記載します。
※自賠責保険の加入が確認できないときは、直接請求事案となります。

相手方の任意保険の情報について分かる範囲で記載します。

被保険者の任意保険の情報について分かる範囲で記載します。

治療状況について分かる範囲で記載します。
※自費診療の場合は代位請求権が発生しません。

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。)