

# 第三者行為による傷病届

| 項 目                                           |                                     |                                                                                               | 内 容                                                                    |               |                                                                   |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>名<br>等<br><br>届<br>出<br>者 | 被保険者記号・番号 / 保険者名                    |                                                                                               | 被保険者記号・番号                                                              |               | 保険者名                                                              |
|                                               | 届出者情報<br>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入 | 氏名 / 生年月日                                                                                     | ふりがな<br>氏 名                                                            |               | 生年月日<br>年 月 日                                                     |
|                                               |                                     | 住所 / 電話                                                                                       | 〒                                                                      |               | TEL<br>( )                                                        |
|                                               |                                     |                                                                                               |                                                                        |               |                                                                   |
| 被<br>害<br>者<br><br>(受<br>診<br>者)              | 氏名 / 続柄 / 生年月日                      | 届出者の<br>情報と同じ場合は<br>チェック<br><input type="checkbox"/>                                          | ふりがな<br>氏 名                                                            |               | 生年月日<br>年 月 日                                                     |
|                                               | 住所 / 電話                             |                                                                                               | 〒                                                                      |               | TEL<br>( )                                                        |
| 加<br>害<br>者<br><br>(第<br>三<br>者)              | 氏 名                                 | ふりがな<br>氏 名                                                                                   |                                                                        | 生年月日<br>年 月 日 |                                                                   |
|                                               | 住所 / 電話                             | 〒                                                                                             |                                                                        | TEL<br>( )    |                                                                   |
| 事<br>故<br>発<br>生<br>状<br>況                    | 事故発生日時                              |                                                                                               | 年 月 日 午前 / 午後 時 分頃                                                     |               |                                                                   |
|                                               | 事故発生場所                              |                                                                                               |                                                                        |               |                                                                   |
|                                               | 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。<br>(※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) |               |                                                                   |
| 自<br>賠<br>責<br>保<br>険<br><br>(加<br>害<br>者)    | 保険会社名 / 保険契約者名                      |                                                                                               | 保険会社名                                                                  |               | ふりがな<br>氏 名                                                       |
|                                               | 登録番号 / 車台番号                         |                                                                                               | 登録番号                                                                   |               | 車台番号                                                              |
|                                               | 保険期間 / 自賠責証明書番号                     |                                                                                               | 保険期間                                                                   |               | 自賠責証明書番号                                                          |
|                                               |                                     |                                                                                               | 年 月 日 ~ 年 月 日                                                          |               | 第 号                                                               |
| 任<br>意<br>保<br>険<br><br>(加<br>害<br>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<br>( )                                                        |
|                                               | 担当者名 / E-mail                       |                                                                                               | ふりがな<br>氏 名                                                            |               | E-mail                                                            |
|                                               | 保険契約者名                              |                                                                                               | ふりがな<br>氏 名                                                            |               |                                                                   |
|                                               | 住所                                  |                                                                                               | 〒                                                                      |               |                                                                   |
|                                               | 保険期間 / 契約番号                         |                                                                                               | 保険期間                                                                   |               | 契約番号                                                              |
|                                               |                                     |                                                                                               | 年 月 日 ~ 年 月 日                                                          |               | 第 号                                                               |
|                                               | 任意対人一括の有無                           |                                                                                               | 有 / 無                                                                  |               |                                                                   |
| 被害者加入の保険<br>会社の関与                             |                                     | 関与の有無を<br>チェックし、<br>「有」の場合<br>は右欄を記入<br>有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> | 保険会社名                                                                  |               | 担当部署                                                              |
|                                               |                                     |                                                                                               | 担当者氏名                                                                  |               | TEL<br>( )                                                        |
| 治<br>療<br>状<br>況                              | 診療機関名 / 入院 / 治療期間                   |                                                                                               | ① 診療機関名                                                                | 入 院<br>有 / 無  | 治療開始日 年 月 日<br>治療終了(見込) 年 月 日                                     |
|                                               | 住所 / 電話番号                           |                                                                                               | 〒                                                                      |               | TEL<br>( )                                                        |
|                                               | ※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<br>有 / 無  | 治療開始日 年 月 日<br>治療終了(見込) 年 月 日                                     |
|                                               |                                     |                                                                                               | 〒                                                                      |               | TEL<br>( )                                                        |
|                                               |                                     |                                                                                               | ③ 診療機関名                                                                | 入 院<br>有 / 無  | 治療開始日 年 月 日<br>治療終了(見込) 年 月 日                                     |
|                                               |                                     |                                                                                               | 〒                                                                      |               | TEL<br>( )                                                        |
|                                               |                                     |                                                                                               |                                                                        |               |                                                                   |
|                                               |                                     |                                                                                               |                                                                        |               |                                                                   |
| 傷病届作成日 / 作成支援の有無                              |                                     |                                                                                               | 年 月 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、自賠責共済、任意共済の場合、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ご記入ください。