

第三者行為による傷病届

項 目		内 容	
被 保 険 者 名 等) 届 出 者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 XXXXXX	保険者名 安城市
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	ふりがな ひが いちろう 氏 名 被害 一郎 〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町×番地	生年月日 XX 年 XX 月 XX 日 TEL XXXX (XX) XXXX
	氏名 / 生年月日	ふりがな ひが いちろう 氏 名 被害 太郎 〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町×番地	届出者との関係 子 生年月日 XX 年 XX 月 XX 日 TEL XXXX (XX) XXXX
	住所 / 電話		
被 害 者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな かがい じろう 氏 名 加害 次郎 〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町×番地	生年月日 XX 年 XX 月 XX 日 TEL XXXX (XX) XXXX
	住所 / 電話		
加 害 者)	氏 名	ふりがな かがい じろう 氏 名 加害 次郎 〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町×番地	TEL XXXX (XX) XXXX
	住所 / 電話		
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	XX 年 XX 月 XX 日 午前 / 午後 XX 時 XX 分頃	
	事故発生場所	〇〇市△△町×番地	
	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。 (※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 賠 責 保 険)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 東海損害保険株式会社 登録番号 〇〇×××〇××××	ふりがな かがい じろう 氏 名 加害 次郎 車台番号 〇〇〇〇-××××
	登録番号 / 車台番号		
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 XX 年 XX 月 XX 日 ~ 〇〇 年 〇 月 〇 日	自賠責証明書番号 第 XXXXXXX 号
任 意 保 険)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 あんしん損害保険株式会社 〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町×番地	担当部署 〇〇部〇〇支店 TEL XXXX (XX) XXXX
	取扱店所在地 / 電話		
	担当者名 / E-mail	ふりがな あんしん かずお 氏 名 あんしん 一夫 E-mail XXXX@XXXXXX	
	保険契約者名	ふりがな かがい じろう 氏 名 加害 次郎 〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町×番地	
	住所		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 XX 年 XX 月 XX ~ 〇〇 年 〇 月 〇 日	契約番号 第 XXXXXXX 号
	任意対人一括の有無	有 / 無	
被 害 者 加 入 の 保 険 会 社 の 関 与	関与の有無を チェックし、 「有」の場合 は右欄を記入 有 ☒ 無 ☐	保険会社名 ニッポン交通共済 担当者氏名 共済 花子	担当部署 〇〇部〇〇支店 TEL XXXX (XX) XXXX
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 〇〇病院 〒 XXX-XXXX 〇〇市〇〇町×番地	入 院 有 (無) 治療開始日 XX 年 XX 月 XX 日 治療終了(見込) 〇〇 年 〇 月 〇 日
	住所 / 電話番号		TEL ()
	※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 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
			TEL ()
		③ 診療機関名 〒	入 院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
			TEL ()
傷病届作成日 / 作成支援の有無		〇〇 年 〇 月 〇 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 ☒

(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。