

## 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		
(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	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【記載例】

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 東川 123456	保険者名 大雪地区広域連合
	保険者の住所(届出先)	〒 071-1423 上川郡東川町〇町△丁目×番口号	
	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 こういき たろう 氏名 広域 太郎	
(被害者) 被 害 者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな こういき たろう 氏名 広域 太郎	男性 / 女性 <input checked="" type="radio"/> / <input type="radio"/> 31 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 本人	昭和64年1月7日
	住所 / 電話	〒 071-1423 上川郡東川町〇町△丁目×番口号	TEL 0166-82-****
	備 考		
(加害者) 加 害 者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな こういき はなこ 氏名 広域 花子	男性 / 女性 <input type="radio"/> / <input checked="" type="radio"/> 33 歳
	住所 / 電話	〒 071-1423 上川郡東川町×町〇丁目口番△号	TEL 0166-82-****
事 故 発 生	事故発生日時	令和2年7月1日 午前 / 午後11時00分頃	
	事故発生場所	上川郡東川町△町×丁目	
自 賠 責 保 険 (加害者)	保険会社名	××火災海上保険	
	保険契約者名	ふりがな こういき はなこ 氏名 広域 花子	
	登録番号	旭川**** あ1234	
	車台番号	ABCD-12345678	
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 令和1年4月1日 ~ 令和3年3月31日	自賠責番号 ABCD12345
任 意 保 険 (加害者)	保険会社名	〇〇火災海上保険	
	取扱店所在地 / 電話	〒070-**** 旭川市〇〇条〇〇丁目	TEL 0166-82-****
	担当者名 / E-mail	ふりがな れんごう じろう 氏名 連合 二郎	E-mail
	保険契約者名	ふりがな こういき はなこ 氏名 広域 花子	
	住 所	〒071-1492 上川郡東川町×町〇丁目口番△号	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和1年4月1日 ~ 令和3年3月31日	契約番号 A123456789
	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 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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 〇〇病院	治療開始日 年 月 日 TEL 0166-31-****
	所 在 地	〒078-**** 旭川市××条△△丁目	入院の有無 <input checked="" type="radio"/> / <input type="radio"/>
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 ××クリニック	治療開始日 年 月 日 TEL 0166-31-****
	所 在 地	〒078-**** 旭川市□□条××丁目	入院の有無 有 / <input checked="" type="radio"/> 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。)