

(記入例)

第三者行為による傷病届

項 目		内 容	
被 保 險 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 燕 ・ 1 2 3 4 5 6 7 8	保険者名 燕市
	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 つばめ たろう 氏名 燕 太郎 〒 959-0295 燕市吉田西太田 1 9 3 4 番地	生年月日 昭和52年 9月 10日 TEL 0256 (92) 1111
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話		
被 害 者 者 (受 診 者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな つばめ はなこ 氏名 燕 花子 〒 959-0295 燕市吉田西太田 1 9 3 4 番地	届出者との関係 妻 生年月日 昭和52年 10月 9日 TEL 0256 (92) 1111
	住所 / 電話		
加 害 者 者 (第 三 者)	氏 名	ふりがな えちご ゆきこ 氏名 越後 雪子 〒 ○○○-○○○ ●●市▲▲町◆◆番地	TEL 0123 (45) 6789
	住所 / 電話		
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	令和 2 年 1 月 1 1 日	午前 / 午後 1 時 2 0 分頃
	事故発生場所	□□□市☆☆☆町888	
	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 險 者 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ★★★★損害保険株式会社	ふりがな えちご ゆきこ 氏名 越後 雪子
	登録番号 / 車台番号	登録番号 新潟55 ● 5555	車台番号 AB12C-34567
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 平成30年 4月 1日 ~ 平成32年 4月 1日	自賠責証明書番号 第 DFG123456 号
任 意 保 険 者 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 ☆☆☆☆海上火災保険(株)	担当部署 ○○サービスセンター
	取扱店所在地 / 電話	〒 ○○○-○○○ ○○市▽▽▽町◇◇◇3456-7	TEL 03 (4567) 8901
	担当者名 / E-mail	ふりがな ぞんぼ まもる 氏名 損保 守	E-mail
	保険契約者名	ふりがな えちご ゆきこ 氏名 越後 雪子	
	住所	〒 ○○○-○○○ ●●市▲▲町◆◆番地	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 平成31年 5月 1日 ~ 平成32年 5月 1日	契約番号 第 FP0002574 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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 ▲▲▲損保(株)	担当部署 新潟サービスセンター
		担当者氏名 穴田 乃保	TEL 011 (222) 3333
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 ●●●●病院	入院 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	住所 / 電話番号	〒 ○○○-○○○ □□□市☆☆☆町2345番地	治療開始日 令和2年 1月 11日 治療終了(見込) 年 月 日
	※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
		③ 診療機関名	入院 有 / 無
傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和 2 年 2 月 1 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 checked="" type="checkbox"/>	

世帯主

事故証明書をもとに記載

相手方の任意保険を分かる範囲で記載

(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。