

第三者行為による傷病届

記載例

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 ひな 保険者名 ひたちなか市		
	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	氏名 / 生年月日	ふりがな ひたちなか たろう 氏 名 ひたちなか 太郎 〒 312-8501 ひたちなか市東石川2丁目10番1号	
		住所 / 電話	生年月日 H1 年 1 月 1 日 TEL 029(273)0111	
		氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな ひたちなか はなこ 氏 名 ひたちなか 花子 〒 ひたちなか市東石川2丁目10番1号	
被害者	住所 / 電話	届出者との関係 妻 生年月日 H2 年 2 月 2 日 TEL 029(273)0111		
加害者 (第三者)	氏 名	ふりがな いばらき じろう 氏 名 茨城 次郎 〒 310-0852 水戸市笠原町978番地26		
	住所 / 電話	TEL 029(301)△△△△		
事故発生状況	事故発生日時	令和○ 年 △ 月 □ 日 午前 / 午後 6 時 30 分頃		
	事故発生場所	ひたちなか市高場○○○○-△		
	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 (加害者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 損害保険ジャパン株式会社 登録番号 水戸○○○あ○○○○	ふりがな いばらき じろう 氏 名 茨城 次郎 車台番号 AX○-○○○○○○○	
	登録番号 / 車台番号	保険期間 令和○ 年 △ 月 □ 日 ~ 令和○ 年 △ 月 □ 日	自賠責証明書番号 第 AA12345678 号	
	保険期間 / 自賠責証明書番号			
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	加害者が任意保険に加入している場合は記入してください。		
	取扱店所在地 / 電話			
	担当者名 / E-mail			
	保険契約者名			
	住所			
	保険期間 / 契約番号			
	任意対人一括の有無			
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 担当者氏名 TEL ()	担当部署	
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※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。	① 診療機関名 ひたちなか総合病院 〒 312-0057 ひたちなか市石川町20番1	入院 有 / 無	治療開始日 令和○ 年 △ 月 □ 日 治療終了(見込) 年 月 日
		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
		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 ()	
			TEL ()	
			TEL ()	
			TEL ()	
			TEL ()	
			TEL ()	
傷病届作成日 / 作成支援の有無		令和○ 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 ☐	

(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。