

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		印	
(被害者) 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	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		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 〇〇・〇〇〇〇 保険者名 〇〇市	
	保険者の住所(届出先) 〒 999-9999 〇〇市△△町1丁目1番 〇〇市役所本庁舎	
	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 ことほ たろう 氏名 国保 太郎	国印
(被害者) 被 害 者	氏名 / 性別 / 年齢 ふりがな ことほ たろう 氏名 国保 太郎	男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 65 歳
	続柄 / 生年月日 届出者との関係 本人	昭和 28 年 4 月 1 日
	住所 / 電話 〒 999-9999 〇〇市△△町2丁目 ◆◆マンション101号	TEL 0857 (99)9999
	備考	
(加害者) 加 害 者	氏名 / 性別 / 年齢 ふりがな とっとり はなこ 氏名 鳥取 花子	男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input checked="" type="checkbox"/> 35 歳
	住所 / 電話 〒 888-8888 △△郡◎◎町■ ■ 1-2	TEL 0857 (88)8888
事 故 発 生	事故発生日時	平成 30 年 7 月 24 日 午前 / 午後 10 時 00 分頃
	事故発生場所	〇〇市△△町2丁目 先交差点
自 賠 責 保 険 (加害者)	保険会社名	☆☆ 損害保険(株)
	保険契約者名 ふりがな とっとり はなこ 氏名 鳥取 花子	
	登録番号	鳥取530 あ 9999
	車台番号	QQQ111-22222
	保険期間 / 自賠責番号 保険期間 平成 29 年 1 月 1 日 ~ 平成 31 年 1 月 1 日 自賠責番号 ABC12345	
任 意 保 険 (加害者)	保険会社名	●● 海上火災保険
	取扱店所在地 / 電話 〒 777-7777 ▼▼市▲▲町9丁目 TTビル3階	TEL 0857 (77)7777
	担当者名 / E-mail ふりがな そんが い やすお 氏名 損害 保男	E-mail sonpo@mail.co.jp
	保険契約者名 ふりがな とっとり はなこ 氏名 鳥取 花子	
	住 所 〒 888-8888 △△郡◎◎町■ ■ 1-2	
	保険期間 / 契約番号 保険期間 平成 29 年 1 月 1 日 ~ 平成 31 年 1 月 1 日 契約番号 XYZ67890	
任意対人一括の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	
被害者加入の保険会社関与の有無(注)	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 ★★ 病院	治療開始日 平成 30 年 7 月 24 日 TEL ()
	所 在 地 〒 ※鳥取県内医療機関であれば、住所等は記載不要です。	入院の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 <input type="checkbox"/>
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話 □□ 整形外科医院	治療開始日 平成 30 年 8 月 10 日 TEL ()
	所 在 地 〒	入院の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 <input type="checkbox"/>

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」と読み替えてその内容を記載して下さい。)