

## 第三者行為による傷病届

項 目		内 容	
届出者 <small>(被保険者名)</small>	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号	保険者名
	被保険者氏名 / 生年月日	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日
	住所 / 電話	〒	TEL ( )
被害者 <small>(受診者)</small>	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名	届出者との関係 生年月日 年 月 日
	住所 / 電話 <small>※届出者情報と同じ場合はチェック</small>	〒	TEL ( )
加害者 <small>(第三者)</small>	氏 名	ふりがな 氏名	
	住所 / 電話	〒	TEL ( )
事故発生状況	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃	
	事故発生場所		
	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による交通事故ではありません。 <input type="checkbox"/>	
自賠責保険 <small>(加害者)</small>	保険会社名	TEL ( )	
	保険契約者名	ふりがな 氏名	
	登録番号		
	車両番号		
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号 第 号
任意保険 <small>(加害者)</small>	保険会社名 / 担当部署	保険会社名	担当部署
	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	<small>※関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入</small>	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
		保険会社名	担当部署
治療状況	診療機関名 / 治療期間	①医療機関名	治療開始 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
		〒 TEL ( )	入院の有無 有 / 無
	所在地 / 電話	②医療機関名	治療開始 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
		〒 TEL ( )	入院の有無 有 / 無
	入院の有無	③医療機関名	治療開始 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
<small>※治療終了(見込)については可能な範囲でご記入ください。</small>	〒 TEL ( )	入院の有無 有 / 無	
傷病届作成日/作成支援の有無	年 月 日	本届出書は、損害保険会社等(業務委託先を含む)の作成支援を受けて作成した場合は、チェック。 <input type="checkbox"/>	

(注1)本届出書は、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ご記入ください。

(注2)任意保険記入欄は、契約されている場合のみご記入ください。