

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 14 ○○○○
	保険者の住所(届出先)	〒 ×××-×××× ▲▲市▲▲▲123-1	
	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 余白に宛名 番号も記載 してください	コクホ タロウ 国保 太郎
(受診者) 被害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名 コクホ ハナコ 国保 花子	男性 / 女性 20 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 娘	平成10年 8月 10日
	住所 / 電話	〒 ×××-×××× ▲▲市▲▲▲123-1	TEL 045 (112)1122
	備考		
(第三者) 加害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名 カナガワ イチロウ 神奈川 一郎	男性 / 女性 50 歳
	住所 / 電話	〒 ▲▲市○○5532	TEL 045 (329)3443
事故発生	事故発生日時	平成31年 1月 1日 午前 / 午後 10時 30分頃	
	事故発生場所	▲▲市★★6-2	
自賠責保険 (加害者)	保険会社名	○○海上火災保険会社	
	保険契約者名	ふりがな 氏名	神奈川 一郎
	登録番号	▲▲55は5555	
	車台番号	EX66-666	
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 平成30年 10月 1日 ~ 平成32年 9月 30日	自賠責番号 AA-2222
任意保険 (加害者)	保険会社名	●●●●損保保険会社	
	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 カナガワ イチロウ 神奈川 一郎	
	住 所	〒 ▲▲▲-▲▲▲▲ ▲▲市○○5531	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 平成30年 10月 1日 ~ 平成31年 9月 30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 有	保険会社名・担当者名 ★★協同組合 損保 花子	TEL ××× (□□□)▲▲▲
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 ●●病院	治療開始日 平成31年 1月 1日 TEL ○○○ (▲▲▲)□□□□
	所在地	〒 ☆☆☆-★★★★ ▲▲市■▲27-1	入院の有無 有 / 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 ○○診療所	治療開始日 平成31年 4月 1日 TEL ●●● (▲▲▲)■▲■▲
	所在地	〒 ★★★★★-☆☆☆☆ ◆◆市▽▽10-5	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。)