

### 第三者行為による傷病届

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 阿南 60・111 - 111	
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>	ふりがな 氏名 〒	阿南市 S63年4月1日 TEL 0884(〇〇)××××
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	こくほ いちろう 国保 一郎 〇〇〇-〇〇〇〇 阿南市〇〇町●●番地	生年月日 S63年4月1日 TEL 0884(〇〇)××××
(被 害 者) 加 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日	届出者の情報と同じ場合は チェック <input checked="" type="checkbox"/>	ふりがな 氏名 〒
	住所 / 電話	阿南市〇〇町△△番地 ●●付近	届出者との関係 生年月日 S64年4月1日 TEL ( )
(第 三 者) 加 害 者	氏名	ふりがな 氏名 〒	あなん たろう 阿南 太郎 〇〇〇-〇〇〇〇 阿南市××町〇〇番地
	住所 / 電話	TEL 090(△△△△)〇〇〇〇	
	事故発生日時	R3年5月1日 午前 午後 5時30分頃	
事 故 発 生 状 況	事故発生場所	阿南市〇〇町△△番地 ●●付近	
	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)	
		<input checked="" type="checkbox"/>	
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ●●損保	ふりがな 氏名 車台番号
	登録番号 / 車台番号	登録番号 徳島 500 あ △△-□□	あなん たろう 阿南 太郎 AAA-000000123
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 R3年4月1日 ~ R5年3月31日	自賠責証明書番号 第 ●●●● 号
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 〇〇損保	担当部署
	取扱店所在地 / 電話	〒 徳島市●●町〇〇丁目〇〇番地	TEL 088(〇〇〇〇)〇〇〇〇
	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	〒 阿南市××町〇〇番地	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 R3年4月1日 ~ R5年3月31日	契約番号 第 ×××× 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 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険会社名 〇〇損保	担当部署
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 〇〇病院	入院 治療開始日 治療終了(見込)
	住所 / 電話番号 <small>※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。</small>	〒 阿南市××町□□番地	有 / 無 R3年5月1日 R3年5月7日 TEL 0884(〇〇)〇〇〇〇
	診療機関名	② 診療機関名 ☆☆病院	入院 治療開始日 治療終了(見込)
		〒 徳島市〇〇町●●丁目〇〇番地	有 / 無 R3年5月8日 年 月 日 TEL 088(〇〇〇〇)××××
	診療機関名	③ 診療機関名	入院 治療開始日 治療終了(見込)
		〒	有 / 無 年 月 日 年 月 日 TEL ( )
傷病届作成日 / 作成支援の有無	R3年6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"/>	

(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。