

第三者行為による傷病届

記入例

項目		内容	
届出者 (被保険者名等)	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 記号 31 - 99 番号 9999	保険者名 調布市国民健康保険
	世帯主の氏名等	ふりがな ちょうふ いちろう 氏名 調布 一郎 〒 182-8511 調布市小島町2-35-1	生年月日 年 月 日 TEL 042(481)7052
	住所 / 電話		
被害者 (受診者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな ちょうふ たろう 氏名 調布 太郎 〒 182-8511 調布市小島町2-35-1	世帯主との関係 子 生年月日 1995年 1月 1日 TEL 042(481)7052
	住所 / 電話		
加害者 (第三者)	氏名	ふりがな かみしわら はなこ 氏名 上石原 花子 〒 182-0035 調布市上石原9丁目9番地99	TEL 070(0000)0000
	住所 / 電話		
事故発生状況	事故発生日時	2020年 1月 2日 午前 / 午後 5時 15分頃	
	事故発生場所	調布市小島町1-1-1	
	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)	
自賠償保険 (加害者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 調布損害保険社	ふりがな かみしわら はなこ 氏名 上石原 花子
	登録番号 / 車台番号	登録番号 調布123あ・123	車台番号 ※不明の場合は空欄
	保険期間 / 自賠償証明書番号	保険期間 2019年 1月 1日 ~ 2021年 12月 31日	自賠償証明書番号 第 123456 号
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 ちょうふ損害保険会社	担当部署
	取扱店所在地 / 電話	〒 182-8888 調布市調布町1-2-3	TEL 12(3456)7890
	担当者名 / E-mail	ふりがな じんだいじ いちろう 氏名 深大寺 一郎	・自転車との事故に遭った ・相手方が個人賠償保険など、 医療費を給付してくれるような 保険に加入している といった場合は、 任意保険の欄を記入してください。
	保険契約者名	ふりがな かみしわら はなこ 氏名 上石原 花子	
	保険契約者住所	〒 182-0035 調布市上石原9丁目9番地99	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 2020年 1月 1日 ~ 2020年 12月 31日	第 ZZZZZZZZZZ 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 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 せんがわ損害保険会社	事故後の手続きや精算に 被害者(受診者)の加入する 損害保険等が関わっている 場合は、記入してください。
		担当者氏名 仙川	TEL 080(0000)0000
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 調布第三病院	入院 有 / 無 治療開始日 2019年 1月 2日 治療終了(見込) 年 月 日
	住所 / 電話番号	〒 182-8888 調布市調布町2-3-4	TEL 23(4567)8910
	※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。	② 診療機関名	入院 有 / 無 治療開始日 治療終了(見込)
		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
傷病届作成日 / 作成支援の有無	2020年 1月 4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、自賠償共済、任意共済の場合、自賠償保険、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。