

# 第三者行為による傷病届

| 項 目                |                                            |                                                                                              | 内 容                                      |                                                         |                         |
|--------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------|
| (被保険者名等)<br>届出者    | 被保険者記号・番号 / 保険者名                           |                                                                                              | 被保険者記号・番号<br>滋米 ○○○○○○○○                 |                                                         | 保険者名<br>米原市             |
|                    | 届出者情報<br>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入        | 氏名 / 生年月日                                                                                    | ふりがな    こそぼ たろう<br>氏 名    国保 太郎          |                                                         | 生年月日<br>○ 年   ○ 月   ○ 日 |
|                    |                                            | 住所 / 電話                                                                                      | 〒 ○○○-○○○○<br>滋賀県米原市○○1-2-3              |                                                         | TEL<br>○○○(○○○○)○○○○    |
|                    |                                            |                                                                                              |                                          |                                                         |                         |
| (被害者)<br>被 害 者     | 氏名 / 続柄 / 生年月日                             | ふりがな<br>氏 名<br>〒                                                                             |                                          | 届出者との関係<br>生年月日<br>年   月   日                            |                         |
|                    | 住所 / 電話                                    |                                                                                              |                                          | TEL<br>(       )                                        |                         |
| (加害者)<br>加 害 者     | 氏 名                                        | ふりがな    かがい はなこ<br>氏 名    加害 花子                                                              |                                          |                                                         |                         |
|                    | 住所 / 電話                                    | 〒 ○○○-○○○○<br>○○県●●市○○3-2-1                                                                  |                                          | TEL<br>○○○(○○○○)○○○○                                    |                         |
| 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                                     | ○○県●●市□□5-5-5                                                                                |                                          |                                                         |                         |
|                    | 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または通勤中の事故ではありません。<br>(※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 責 保 険<br>(加害者) | 保険会社名 / 保険契約者名                             | 保険会社名<br>●●火災海上保険株式会社                                                                        |                                          | ふりがな    かがい はなこ<br>氏 名    加害 花子                         |                         |
|                    | 登録番号 / 車台番号                                | 登録番号<br>A1B2C3D4                                                                             |                                          | 車台番号<br>A111B-123456                                    |                         |
|                    | 保険期間 / 自賠責証明書番号                            | 保険期間<br>○ 年   ○ 月   ○ 日 ~   ○ 年   ○ 月   ○ 日                                                  |                                          | 自賠責証明書番号<br>第    R586341    号                           |                         |
| 任 意 保 険<br>(加害者)   | 保険会社名 / 担当部署                               | 保険会社名<br>◆◆損害保険株式会社                                                                          |                                          | 担当部署<br>□□保険金サービス課                                      |                         |
|                    | 取扱店所在地 / 電話                                | 〒    ○○○-○○○○<br>○○県□□市△△1-2-3 損保ビル2F                                                        |                                          | TEL<br>○○○(○○○○)○○○○                                    |                         |
|                    | 担当者名 / E-mail                              | ふりがな    どんぼ たんとう<br>氏 名    損保 担当                                                             |                                          | E-mail<br>●◆▲@sonpo.co.jp                               |                         |
|                    | 保険契約者名                                     | ふりがな    かがい はなこ<br>氏 名    加害 花子                                                              |                                          |                                                         |                         |
|                    | 住所                                         | 〒    ○○○-○○○○<br>○○県●●市○○3-2-1                                                               |                                          |                                                         |                         |
|                    | 保険期間 / 契約番号                                | 保険期間<br>○ 年   ○ 月   ○ 日 ~   ○ 年   ○ 月   ○ 日                                                  |                                          | 契約番号<br>第    656T789    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<br>有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> |                                          | 保険会社名<br>担当部署<br>担当者氏名<br>TEL<br>(       )              |                         |
| 治 療 状 況            | 診療機関名 / 入院 / 治療期間                          | ① 診療機関名<br>○○医科大学病院                                                                          | 入 院<br>有 (無)                             | 治療開始日    ○ 年   ○ 月   ○ 日<br>治療終了(見込)    ○ 年   ○ 月   ○ 日 |                         |
|                    | 住所 / 電話番号<br>※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。 | 〒 ○○○-○○○○<br>○○県●●市□□1-1-1                                                                  |                                          | TEL<br>○○○○(○○)○○○○                                     |                         |
|                    |                                            | ② 診療機関名<br>○○県立◆◆総合医療センター                                                                    | 入 院<br>(有) / 無                           | 治療開始日    ○ 年   ○ 月   ○ 日<br>治療終了(見込)    ○ 年   ○ 月   ○ 日 |                         |
|                    |                                            | 〒 ○○○-○○○○<br>○○県◆◆市△△2-2                                                                    |                                          | TEL<br>○○○(○○○○)○○○○                                    |                         |
|                    |                                            | ③ 診療機関名                                                                                      | 入 院<br>有 / 無                             | 治療開始日    年   月   日<br>治療終了(見込)    年   月   日             |                         |
|                    |                                            | 〒                                                                                            |                                          | TEL<br>(       )                                        |                         |
| 傷病届作成日 / 作成支援の有無   |                                            | 年   月   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 |                                                         |                         |

(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。