

第三者行為による傷病届

記入例

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 12345678 保険者名 区市町村名
	保険者の住所(届出先)	〒 区市町村の後期高齢者医療担当窓口の住所を記入してください。
	被保険者氏名 ※国民健康保険の場合は世帯主氏名	ふりがな とうきょう まるこ 氏名 東京 ○子
(被害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな とうきょう まるこ 氏名 東京 ○子 男性 / 女性 75 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 本人 昭和16年○月△日
	住所 / 電話	〒 123-4567 〇〇区〇〇町1-2-3 TEL 03(△△〇〇)〇〇〇〇
	備考	
	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな まるまる たろう 氏名 〇〇 太郎 男性 / 女性 51 歳
事故発生	住所 / 電話	〒 123-4567 〇〇区〇〇町1-2-3 △マンション405号室 TEL 03(〇〇〇〇)△△〇〇
	事故発生日時	令和元年 5 月 1 日 午前 / 午後 9 時 5 分頃
自賠償保険(加害者)	事故発生場所	〇〇市〇〇町3-2-1
	保険会社名	〇〇損害保険株式会社
	保険契約者名	ふりがな まるまる たろう 氏名 〇〇 太郎
	登録番号	品川5〇〇 あ △△-〇〇
	車台番号	AB98-7654321
任意保険(加害者)	保険期間 / 自賠償番号	保険期間 平成31年 1 月 1 日 ~ 令和2年 1 月 1 日 自賠償番号 A09876543
	保険会社名	△△損害保険株式会社 ○〇サービスセンター
	取扱店所在地 / 電話	〒 123-4567 △△区〇〇町1-2-3 損保ビル4階 TEL 03(〇〇〇〇)△△〇〇
	担当者名 / E-mail	ふりがな ほけん まるきち 氏名 保険 ○吉 E-mail hoken@△△sonpo.jp
	保険契約者名	ふりがな まるまる たろう 氏名 〇〇 太郎
	住所	〒 123-4567 〇〇区〇〇町1-2-3 △マンション405号室
	保険期間 / 契約番号	保険期間 平成31年 2 月 1 日 ~ 令和2年 2 月 1 日 契約番号 B1234-7890
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) 保険会社名・担当者名 TEL ()	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇病院 治療開始日 令和元年 5 月 1 日 TEL 03 (〇〇△△) 〇〇〇〇
	所在地	〒 123-4567 〇〇区△△町1-2-3 入院の有無 有 / 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇クリニック 治療開始日 令和元年 5 月 15 日 TEL 03 (△△〇〇) △△〇〇
	所在地	〒 123-4567 〇〇区△△町4-4-4 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。

(自賠償共済、任意共済の場合には、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記載して下さい。)