

第三者行為による傷病届

項目	内容
被保険者証記号番号 / 保険者名	123456 ○○○市
被保険者の住所(届出先)	〒
被保険者氏名	氏名 花代 国保
氏名 / 性別 / 年齢	氏名 花代 国保 男性 / 女性 50 歳
経歴 / 生年月日	本人 S30 年 9 月 25 日
住所 / 電話	〒 ○○市△△町□丁目 TEL 111 (222)5555
備考	
氏名 / 性別 / 年齢	氏名 次郎 相手 あいて じょう 男性 / 女性 45 歳
住所 / 電話	〒 △△市□□町○丁目 TEL 000 (333)1111
事故発生日時	平成28 年 4 月 30 日 午前 午後 2 時 00 分頃
事故発生場所	○市○○町△丁目
保険会社名	○市海上火災保険株式会社
保険契約者名	氏名 次郎 相手 あいて じょう
登録番号	宇都宮500に1234
車台番号	
保険期間 / 自賠責番号	年 月 日 ~ 年 月 日 自賠責番号 A12345678
任意保険 (加害者)	●●海上火災保険株式会社
取扱店所在地 / 電話	〒 TEL ()
担当者名 / E-mail	氏名 E-mail
保険契約者名	氏名
住所	〒
保険期間 / 契約番号	年 月 日 ~ 年 月 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親与の有無(注)有 / 無	TEL ()
治療機関名 / 治療開始日 / 電話	治療機関名 治療開始日 平成28 年 4 月 30 日 TEL ()
所在地	〒 入院の有無 有 () 無 ()
治療機関名 / 治療開始日 / 電話	治療機関名 治療開始日 平成28 年 5 月 2 日 TEL ()
所在地	〒 入院の有無 有 () 無 ()

【記載必須】

被保険者証の記号番号、保険者等名、被保険者の氏名(国民健康保険の場合は世帯主氏名)、を記載し押印します。

【記載必須】

被保険者の氏名、性別、年齢、住所、電話番号を記載します。

【記載必須】

相手方の氏名、性別、年齢、住所、電話番号を記載します。

【記載必須】

交通事故の発生日時、時間、発生場所を交通事故証明書を基に記載します。

【記載必須】

相手方の自賠責保険の情報について交通事故証明書を基に記載します。
※自賠責保険の加入が確認できないときは、直接請求事案となります。

相手方の任意保険の情報について分かる範囲で記載します。

被保険者の任意保険の情報について分かる範囲で記載します。

治療状況について分かる範囲で記載します。
※自費診療の場合は代位請求権が発生しません。

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)保険会社の別号が「有」の場合には、有無の欄の石の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者を記入して下さい。
(自賠責共済、任意共済、任意保険、任意保険の各欄に「保険」を併記し「共済」と読み替えてその内容を記載して下さい。)