

第三者行為による傷病届

項 目		内 容	
届出者 (被 保 険 者 名)	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 000-000000	保険者名 那須烏山市
	届出者情報	ふりがな からすやま たろう 氏名 烏山 太郎	生年月日 S30 年 12 月 30 日
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	〒 321-0000 那須烏山市〇〇12345	TEL 0000(00)0000
被害者 (受 診 者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな からすやま ほなこ 氏名 烏山 花子	届出者との関係 妻 生年月日 S31 年 11 月 22 日
	住所 / 電話	〒 321-0000 那須烏山市〇〇12345	TEL 090-1234-5678
加害者 (第 三 者)	氏 名	ふりがな あいて じろう 氏名 相手 次郎	生年月日
	住所 / 電話	〒 321-0000 那須烏山市〇〇5678	TEL 080(0123)4567
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	〇 年 〇 月 〇 日 午前 / (午後) 2 時 35 分頃	
	事故発生場所	〇〇市〇〇町〇丁目	
	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 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 〇〇海上火災保険株式会社	ふりがな あいて じろう 氏名 相手 次郎
	登録番号 / 車台番号	登録番号 宇都宮500c1234	車台番号
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 〇 年 〇 月 〇 日	自賠責証明書番号 第 A12345678 号
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 ●●海上火災保健株式会社	担当部署
	取扱店所在地 / 電話	〒 123-4567 〇〇県〇〇市〇〇1234	TEL 0123(456)7890
	担当者名 / E-mail	ふりがな ほけん たろう 氏名 保険 太郎	E-mail
	保険契約者名	ふりがな あいて じろう 氏名 相手 次郎	
	住所	〒 321-0000 那須烏山市〇〇5678	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 〇 年 〇 月 〇 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	保険会社名	担当部署
	有 一 無 □	担当者氏名	TEL ( )
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※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。	① 診療機関名	入院 治療開始日 令和〇 年 〇 月 〇 日 有 / 無 治療終了(見込) 年 月 日
		〒	TEL ( )
		② 診療機関名	入院 治療開始日 年 月 日 有 / 無 治療終了(見込) 年 月 日
		〒	TEL ( )
		③ 診療機関名	入院 治療開始日 年 月 日 有 / 無 治療終了(見込) 年 月 日
		〒	TEL ( )
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	

【記載必須】  
国保世帯主の氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号を記載します。

【記載必須】  
被害者の氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号を記載します。

【記載必須】  
相手方の氏名、生年月日、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。

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。

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。

被害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入します。

(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。