

第三者行為による傷病届

項 目		内 容				
被 保 者 等 届 出 者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号		保険者名		
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日		
	住所 / 電話	〒	TEL	()		
被 害 者 （ 受 診 者 ）	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名	届出者との関係	生年月日 年 月 日		
	住所 / 電話	〒	TEL	()		
加 害 者 （ 第 三 者 ）	氏名	ふりがな 氏名	TEL ()			
	住所 / 電話	〒	TEL ()			
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					
	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)			<input type="checkbox"/>	
自 賠 責 保 険 （ 加 害 者 ）	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名	ふりがな 氏名			
	登録番号 / 車台番号	登録番号	車台番号			
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間	年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号 第 号		
任 意 保 険 （ 加 害 者 ）	保険会社名 / 担当部署	保険会社名	担当部署			
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL ()			
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名	E-mail			
	保険契約者名	ふりがな 氏名				
	住所	〒				
	保険期間 / 契約番号	保険期間	年 月 日 ~ 年 月 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 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名	担当部署			
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 <small>※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。</small>	① 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日	年 月 日	
		〒	TEL	治療終了（見込）	年 月 日	
		TEL	()			
	② 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
		〒	TEL	()		
		TEL	()			
	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
		〒	TEL	()		
		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			<input type="checkbox"/>	

(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。

第三者行為による傷病届

記入例

項目		内容			
被保険者名等 届出者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 12-34567	保険者名 上尾市		
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	ふりがな 氏名 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 あけお たいち 上尾 太一	生年月日 TEL 昭和50年〇〇月〇〇日 048(111)1111		
被害者 (受診者)	※こちらの届出では、国民健康保険の被保険者を被害者、その相手方を加害者と称して記載します。なお、この「被害者」「加害者」については、実際の過失とは関係がありません。	ふりがな 氏名 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 あけお たろう 上尾 太郎	届出者との関係 生年月日 TEL 子 平成11年〇〇月〇〇日 048(111)1111		
		住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 上尾市本町〇-〇-〇		
加害者 (第三者)		ふりがな 氏名 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 さいたま まもる 埼玉 まもる	TEL 048(000)0000		
		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 さいたま市浦和区高砂〇-〇-〇			
事故発生状況	事故発生日時	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 (午前) / 午後 8 時 30 分頃			
	事故発生場所	さいたま市中央区下落合〇-〇-〇			
	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) <input checked="" type="checkbox"/>			
自賠責保険 (加害者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 (株)〇〇損害保険	ふりがな 氏名 さいたま まもる 埼玉 まもる		
	登録番号 / 車台番号	登録番号 大宮 300 あ 12-34	車台番号 ABC-1234567		
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 令和〇〇年1月1日 ~ 令和〇〇年12月31日	自賠責証明書番号 第 XXXXXXXXXX 号		
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 (株)XX火災保険	担当部署 損害保険課		
	取扱店所在地 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 さいたま市大宮区仲町〇〇-〇	TEL 123(456)7890		
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 そんぼ いちろう 損保 一郎	E-mail 〇〇〇@〇〇〇.jp		
	保険契約者名	ふりがな 氏名 さいたま まもる 埼玉 まもる			
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 さいたま市浦和区高砂〇-〇-〇			
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和〇〇年2月1日 ~ 令和〇〇年8月31日	契約番号 第 〇〇〇〇〇〇〇〇 号		
	任意対人一括の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 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 △△共済	担当部署 保険課		
		担当者氏名 共済 一男	TEL 999(999)9999		
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 〇〇病院	入院 <input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	治療開始日 令和〇〇年5月1日	
		治療終了(見込) 令和〇〇年6月30日			
	住所 / 電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 埼玉県さいたま市〇〇区〇〇-〇-〇	TEL 048(888)8888		
	※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 XX整形外科	入院 <input type="radio"/> 有 / <input checked="" type="radio"/> 無	治療開始日 令和〇〇年7月1日	
		治療終了(見込) 令和〇〇年7月10日			
	住所 / 電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 埼玉県上尾市〇-〇-〇	TEL 048(177)1777		
③ 診療機関名 〇〇〇〇医院	入院 <input type="radio"/> 有 / <input checked="" type="radio"/> 無	治療開始日 令和〇〇年7月15日			
治療終了(見込) 令和〇〇年7月31日					
住所 / 電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 埼玉県桶川市〇〇-〇	TEL 048(666)6666			
傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和〇〇年〇〇月〇〇日	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 type="checkbox"/>			

(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。