

# 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 <b>42-00 Δ□□□</b>	保険者名 <b>狛江市</b>
	保険者の住所(届出先) 〒 <b>201-8585</b> <b>狛江市和泉本町1丁目1番5号</b>	世帯主名を記載 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 <b>とうきょう まるこ</b> 氏名 <b>東京 ○子</b>	
(受診者) 被害者	氏名 / 性別 / 年齢 ふりがな <b>とうきょう まるこ</b> 氏名 <b>東京 ○子</b>	男性 / <b>女性</b> / 65 歳
	続柄 / 生年月日 届出者との関係 <b>本人</b>	<b>昭和 34 年 ○ 月 Δ 日</b>
	住所 / 電話 〒 <b>123-4567</b> <b>〇〇市〇〇町1-2-3</b>	TEL <b>03(ΔΔ□□)〇〇□□</b>
	備考	
(第三者) 加害者	氏名 / 性別 / 年齢 ふりがな <b>まるまる たろう</b> 氏名 <b>〇〇 太郎</b>	<b>男性</b> / 女性 / 51 歳
	住所 / 電話 〒 <b>123-4567</b> <b>〇〇区〇〇町1-2-3 Δマンション405号室</b>	TEL <b>03(〇〇□□)ΔΔ〇〇</b>
事故発生	事故発生日時 <b>令和 6 年 5 月 1 日</b> <b>午前</b> / 午後 9 時 5 分頃	
	事故発生場所 <b>〇〇市〇〇町3-2-1</b>	
自賠責保険 (加害者)	保険会社名 <b>〇〇損害保険株式会社</b>	
	保険契約者名 ふりがな <b>まるまる たろう</b> 氏名 <b>〇〇 太郎</b>	
	登録番号 <b>品川5〇〇 あ ΔΔ-□□</b>	
	車台番号 <b>AB98-7654321</b>	
	保険期間 / 自賠責番号 保険期間 <b>令和6年 1 月 1 日 ~ 令和7年 1 月 1 日</b>	自賠責番号 <b>A09876543</b>
任意保険 (加害者)	保険会社名 <b>ΔΔ損害保険株式会社 ○〇サービスセンター</b>	
	取扱店所在地 / 電話 〒 <b>123-4567</b> <b>ΔΔ区〇〇町1-2-3 損保ビル4階</b>	TEL <b>03(□□〇〇)ΔΔ〇〇</b>
	担当者名 / E-mail ふりがな <b>ほけん まるきち</b> 氏名 <b>保険 ○吉</b>	E-mail <b>hoken@ΔΔsonpo.jp</b>
	保険契約者名 ふりがな <b>まるまる たろう</b> 氏名 <b>〇〇 太郎</b>	
	住 所 〒 <b>123-4567</b> <b>〇〇区〇〇町1-2-3 Δマンション405号室</b>	
	保険期間 / 契約番号 保険期間 <b>令和2年 2 月 1 日 ~ 令和6年 2 月 1 日</b>	契約番号 <b>B1234-7890</b>
	任意対人一括の有無 <b>有</b> / 無	
被害者加入の保険会社関与の有無(注) 有 / <b>無</b>	TEL ( )	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話 診療機関名 <b>〇〇病院</b>	治療開始日 <b>令和 6 年 5 月 1 日</b> TEL <b>03 ( 〇〇ΔΔ ) □□〇〇</b>
	所在地 〒 <b>123-4567</b> <b>〇〇区ΔΔ町1-2-3</b>	入院の有無 <b>有</b> / 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話 診療機関名 <b>〇〇クリニック</b>	治療開始日 <b>令和 6 年 5 月 15 日</b> TEL <b>03 ( ΔΔ〇〇 ) ΔΔ〇〇</b>
	所在地 〒 <b>123-4567</b> <b>〇〇区ΔΔ町4-4-4</b>	入院の有無 <b>有</b> / 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。

(自賠責共済、任意共済の場合には、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記載して下さい。)