

第三者行為による傷病届

項 目		内 容	
届出者 (被保険者名等)	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 〇〇・〇〇〇〇〇	保険者名 〇〇市
	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 うへだ じろう 氏名 上田 次郎 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇 〇-〇-〇〇	生年月日 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日 TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話		
被害者 (受診者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな うへだ じろう 氏名 上田 次郎 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇 〇-〇-〇〇	届出者との関係 本人 生年月日 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日 TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
	住所 / 電話		
加害者 (第三者)	氏名	ふりがな さなだ たろう 氏名 真田 太郎 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇 〇-〇-〇〇	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
	住所 / 電話		
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 〇〇時 〇〇分頃
	事故発生場所	〇〇市〇〇町〇〇番地先路上	
賠償責任保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 〇〇損害保険	担当部署 〇〇サービスセンター
	取扱店所在地 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇ビル	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
	担当者名 / E-mail	ふりがな 〇〇〇〇 〇〇〇〇 氏名 〇〇 〇〇	E-mail 〇〇〇@〇〇〇.jp
	保険契約者名	ふりがな さなだ たろう 氏名 真田 太郎	
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇 〇-〇-〇〇	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	契約番号 第 〇〇〇〇〇 号
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 有 / 無 治療開始日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 治療終了(見込) 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
		住所 / 電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地 TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
	※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 〇〇整形外科	入院 有 / 無 治療開始日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 治療終了(見込) 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
		住所 / 電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地 TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
	③ 診療機関名 〇〇薬局	入院 有 / 無 治療開始日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 治療終了(見込) 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
		住所 / 電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地 TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇

※ 次の書類を添付してください。
 ○念書、事故発生状況報告書、誓約書 各1通ずつ
 ※ この届出書の記載内容でわからないことがあれば、空白のまま提出し、おって判明次第連絡してください。
 ※ 添付書類について、すぐにそろわないものは後日提出してください。
 ※ 示談をしている場合には、示談書写しを提出してください。
 (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。