

第三者行為による傷病届

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 被保険者証の記号番号		保険者名 愛知県医師国民健康保険組合
	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	氏名 / 生年月日	ふりがな こくほ たろう 氏 名 国保 太郎		生年月日 XXXX 年 X 月 X 日
		住所 / 電話	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地		TEL XXX (XXX) XXXX
(被 害 者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日	届出者の 情報と同じ場合は チェック ☒	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) 加 害 者	氏 名	ふりがな かがい はなこ 氏 名 加害 花子			
	住所 / 電話	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地 TEL XXX (XXX) XXXX			
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	XXXX 年 X 月 X 日 午前 / 午後 X 時 X 分頃			
	事故発生場所	〇〇市△△町××番地			
	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 かがい はなこ 氏 名 加害 花子	
	登録番号 / 車台番号	登録番号 △△XX〇XXXX		車台番号 XXXX-XXXX	
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 XXXX 年 X 月 X 日 ~ XXXX 年 X 月 X 日		自賠責証明書番号 第 XXXXXXXX 号	
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 ●●●●損害保険株式会社		担当部署	
	取扱店所在地 / 電話	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地		TEL XXX (XXX) XXXX	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏 名 損保		E-mail XXXXXXXX@XXXXXXXX.co.jp	
	保険契約者名	ふりがな かがい はなこ 氏 名 加害 花子			
	住所	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地			
	保険期間 / 契約番号	保険期間 XXXX 年 X 月 X 日 ~ XXXX 年 X 月 X 日		契約番号 第 XXXXXXXXXX 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 ☐ 無 ☒	保険会社名	担当部署	
			担当者氏名	TEL ()	
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 ●●病院		入 院 有 / 無	治療開始日 XXXX 年 X 月 X 日
	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。	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地		治療終了（見込） XXXX 年 X 月 X 日	
				TEL XXX (XXX) XXXX	
		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 ()	
		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 ()			
傷病届作成日 / 作成支援の有無		XXXX 年 X 月 X 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 ☒	

(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。