

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 島1 123456	保険者名 福島市		
	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>		ふりがな □□□ □□□□ 氏名 〇〇 〇〇 〒 ◆◆◆-◆◆◆◆	生年月日 平成7年 1月 1日 TEL 024 (XXX) XXXX		
	住所 / 電話		福島市△△△1-1			
(被 害 者) 受 診 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 <input checked="" type="checkbox"/>	ふりがな □□□ □□□□ 氏名 〇〇 〇〇 〒 ◆◆◆-◆◆◆◆	届出者との関係 本人	生年月日 平成7年 1月 1日 TEL 024 (XXX) XXXX	
	住所 / 電話		福島市△△△1-1			
(第 三 者) 加 害 者	氏名	ふりがな □□□ □□□□ 氏名 〇〇 〇〇 〒 ◆◆◆-◆◆◆◆		TEL 024 (XXX) XXXX		
	住所 / 電話		福島市△△△△3-1			
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	令和3年 1月 1日 午前 / (午後) 4時 30分頃				
	事故発生場所	福島県〇〇市△△△10番				
	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 〇〇保険会社	ふりがな □□□ □□□□ 氏名 〇〇 〇〇			
	登録番号 / 車台番号	登録番号 ABCDEF12345	車台番号 ●●300 そ 3776			
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 令和3年 1月 1日 ~ 令和3年 12月 31日	自賠責証明書番号 第 78901234 号			
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 〇〇保険株式会社	担当部署 〇〇〇〇課			
	取扱店所在地 / 電話	〒 ◆◆◆-◆◆◆◆ 〇〇市△△△△120番地	TEL 024 (XXX) XXXX			
	担当者名 / E-mail	ふりがな □□□ □□□□ 氏名 〇〇 〇〇	E-mail fukusima.ne.jp			
	保険契約者名	ふりがな □□□ □□□□ 氏名 〇〇 〇〇				
	住所	〒 ◆◆◆-◆◆◆◆ 福島市△△△△3-1				
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和3年 1月 1日 ~ 令和3年 12月 31日	契約番号 第 78901234 号			
任意対人一括の有無	<input checked="" type="radio"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 〇〇保険会社	担当部署 〇〇〇〇課	担当者氏名 〇〇 〇〇	TEL 024 (XXX) XXXX	
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 〇〇総合病院	入院 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	治療開始日 令和3年 1月 1日	治療終了(見込) 令和3年 2月 3日	
	住所 / 電話番号	〒 ◆◆◆-◆◆◆◆ 福島市△△△△5-10		TEL 024 (XXX) XXXX		
	※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	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日	治療終了(見込) 年 月 日	
		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	
傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和3年 1月 6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 checked="" 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。