

## 第三者行為による傷病届

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	保険者名	
	保険者の住所(届出先)	〒		
	被保険者氏名 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	ふりがな 氏 名	印	
(被害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名	男性 / 女性	歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係	年 月 日	
	住所 / 電話	〒	TEL ( )	
	備考			
(第三者加害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名	男性 / 女性	歳
	住所 / 電話	〒	TEL ( )	
事故発生	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃		
	事故発生場所			
自賠責保険(加害者)	保険会社名			
	保険契約者名	ふりがな 氏 名		
	登録番号			
	車台番号			
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責番号	
任意保険(加害者)	保険会社名			
	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	
	任意対人一括の有無	有 / 無		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)	有 / 無	保険会社名・担当者名	TEL ( )	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名	治療開始日 年 月 日	
			TEL ( )	
	所在地	〒	入院の有無	有 / 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名	治療開始日 年 月 日	
		TEL ( )		
	所在地	〒	入院の有無	有 / 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。)



過失の度合いに関係なく、被害者の欄には国保の被保険者(あなた様)を記入し、加害者の欄には相手方の情報を記入してください

第三者行為による傷病届

内 容

世帯主	被保険者証記号番号 / 保険者名	阿賀01234567	国保 一郎
	保険者の住所(届出先)	〒950-4495 東蒲原郡阿賀町津川580番地	
受傷者	被保険者氏名	ふりがな こくほ たろう 氏名 国保 太郎 印	
	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな こくほ いちろう 氏名 国保 一郎	男性 / 女性 35 歳
被害者	続柄 / 生年月日	届出者との関係 子	昭和 60年 1月 1日
	住所 / 電話	〒950-4495 東蒲原郡阿賀町津川580番地	TEL 0254 (92) 5762
	備考		
相手方	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな だいさん はなこ 氏名 第三 花子	男性 / 女性 歳
	住所 / 電話	〒000-1111 〇〇市△△1丁目2番地	TEL 999 (888) 7777
事故発生	事故発生日時	令和 2年 3月 2日	午前 / 午後 10時 00分頃
	事故発生場所	〇〇市◇◇2丁目3番地	
相手方が加入している保険	自賠責保険(加害者)	保険会社名	〇〇〇海上保険株式会社
	保険契約者名	ふりがな だいさん はなこ 氏名 第三 花子	
	登録番号	〇〇55か6666	
	車台番号	AB15C-98765	
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 31年 4月 1日 ~ 33年 4月 1日	自賠責番号 DFG4564789
任意保険(加害者)	任意保険(加害者)	保険会社名	△△損害保険株式会社
	取扱店所在地 / 電話	〒111-8888 ☆☆☆市〇〇3丁目4番地	TEL 666 (555) 4444
	担当者名 / E-mail	ふりがな かいじょう そんぼ 氏名 海上 損保	E-mail
	保険契約者名	ふりがな だいさん はなこ 氏名 第三 花子	
	住 所	〒000-1111 〇〇市△△1丁目2番地	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 1年 5月 1日 ~ 3年 5月 1日	契約番号 HB000345
任意対人一括の有無	有 / 無		
治療状況	被害者加入の保険会社関与の有無(注)	有 / 無 ●●共済 (担当 津川)	TEL 222 (543) 2109
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇〇総合病院	治療開始日 令和 2年 3月 2日 TEL 666 (556) 8898
	所在地	〒111-8889 ☆☆☆市◇◇2丁目6番地	入院の有無 有 / 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 △△整形外科クリニック	治療開始日 令和 2年 3月 9日 TEL 666 (556) 1515
所在地	〒111-8890 ☆☆☆市●●●3丁目1番地	入院の有無 有 / 無	

事故証明を基に記載してください

相手方の任意保険情報をわかる範囲で記載してください

世帯主

受傷者

相手方

相手方が加入している保険

あなた側の任意保険を使う場合

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。)