

記入例

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 XXXXXXXXXX	保険者名 280073 (芦屋市)
	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 あしや はなこ 氏名 芦屋 花子 〒 659-XXXX 兵庫県芦屋市〇〇町〇〇-〇	生年月日 昭和〇〇年 〇 月 〇 日 TEL XXXX (XX) XXXX
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒	届出者との関係 生年月日 年 月 日 TEL ()
(受 診 者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒	生年月日 年 月 日 TEL ()
(加 害 者) 第 三 者	氏名 住所 / 電話	ふりがな かくほ たろう 氏名 国保 太郎 〒 659-XXXX 兵庫県芦屋市X X町X X-X	生年月日 昭和〇〇年 〇 月 〇 日 TEL XXXX (XX) XXXX
加害者の親権者、使用者等(加害者以外に責任を負う者がいる場合)	氏名(法人名) 住所(事業所)/電話	ふりがな 氏名(法人名) 〒	生年月日 TEL ()
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	令和3 年 8 月 1 日 午前 / (午後) 6 時 40 分頃	
	事故発生場所	芦屋市〇〇町△△-△路上	
	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 〇〇保険	ふりがな かくほ たろう 氏名 国保 太郎
	登録番号 / 車台番号	登録番号 XXXXXXXXXX	車台番号 XXXXXXXXXX
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 令和〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和〇 年 〇 月 〇 日	自賠責証明書番号 第 XXXXXXXXX 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	担当部署 〇〇〇〇
	取扱店所在地 / 電話	〒 XXX-XXXX 〇〇県〇〇市〇〇-〇	TEL XXXX (XX) XXXX
	担当者名 / E-mail	ふりがな ほけん よしこ 氏名 保険 良子	E-mail XXXX@XXXX
	保険契約者名	ふりがな かくほ たろう 氏名 国保 太郎	
	住所	〒 659-XXXX 兵庫県芦屋市X X町X X-X	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和〇 年 〇 月 〇 日	契約番号 第 XXXXXXXXX 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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	保険会社名 担当者氏名	担当部署 TEL ()
治 療 状 況	傷病名	頭部打撲, 頸椎捻挫	
	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 〇〇病院	入院 有 治療開始日 令和3 年 8 月 1 日 治療終了(見込) 令和3 年 10 月 1 日
	住所 / 電話番号	〒 XXX-XXXX 芦屋市〇〇町〇〇	TEL XXXX (XX) 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 △△病院	入院 有 治療開始日 令和3 年 8 月 2 日 治療終了(見込) 令和3 年 10 月 1 日
		〒 XXX-XXXX 芦屋市△△町△△	TEL XXXX (XX) XXXX
	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	令和3 年 8 月 20 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。