

事務長	部長	課長	係長	主任	係

第三者行為による傷病届

項 目		内 容		
(被 保 険 者 名 等)	被保険者等記号・番号 / 保険者名		被保険者等記号・番号	保険者名
	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 氏 名	生年月日 年 月 日
		住所 / 電話	〒	TEL ()
(受 診 者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	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 ()
(第 三 者)	氏 名	ふりがな 氏 名		
	住所 / 電話	〒		TEL ()
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃		
	事故発生場所			
	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	ふりがな 氏 名	
	登録番号 / 車台番号	登録番号	車台番号	
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間	自賠責証明書番号	
		年 月 日 ~ 年 月 日	第 号	
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名	担当部署	
	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	契約番号	
		年 月 日 ~ 年 月 日	第 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	入 院 有 / 無	治療開始日 年 月 日
				治療終了(見込) 年 月 日
	住所 / 電話番号	〒	TEL ()	
	※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
		〒	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		年 月 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。

第 三 者 行 為 に よ る 傷 病 届

事故発生 の状況 (詳細に)			事 故 発 生 の 見 取 図		
自動車 事故 の と き	所有者と保険契約者との関係		本人 譲受人 借受人 その他 ()		
	相手方運転者と保有者との関係		本人 従業員 親 族 その他 ()		
	自動車損害賠償責任保険関係		保 険 会 社 名		証 明 書 の 番 号
	自動車損害賠償責任保険の期間 (相手方自動車の強制保険)		年 月 日 年 月 日		カ月間
	相手方自動車の任意保険加入		あり・なし	保 険 会 社 名	証 明 書 の 番 号
	相手方自動車の任意保険の期間		年 月 日 年 月 日		カ月間
	任意、 一括保 険支 払会 社の	所 在 地	〒 —		
		名 称			
		担当者氏名		TEL	() —
	示 談 の 状 況	示談が成立して い る と き		年 月 日成立 (示談書の写を添付)	
示談が成立して していないとき		年 月 日現在		交渉中 交渉していない	
交渉していない ときはその理由				交渉権を放棄した ときはその理由	
損 害 賠 償 支 払 状 況	自動車事故のとき 保 険 会 社 から		賠償金を受領した () 円) 受領していない・請求中		
	加害者に対する				
	損害賠償の請求		請求した場合は 年 月 日請求 治 療 費 円 請求内容 休業補償費 円 そ の 他 円		
	及び受領の状況		受領した場合は 年 月 日請求 治 療 費 円 請求内容 休業補償費 円 そ の 他 円		