

第三者行為による傷病届

記入例

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 34-〇〇 × × × × 保険者名 小平市
	保険者の住所(届出先)	〒 XXX-XXXX 小平市〇〇町××丁目△△番
	世帯主氏名	ふりがな こだいら いちろう 氏名 小平 一郎
(被害者)	氏名 / 年齢	ふりがな こだいら たろう 氏名 小平 太郎 年齢 30 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 子 平成3年1月1日
	住所 / 電話	〒 同上 TEL 〇〇〇(×××)△△△△
	備考	
(第三者)	氏名 / 年齢	ふりがな さんしゃ はなこ 氏名 三者 花子 年齢 40 歳
	住所 / 電話	〒 XXX-XXXX 〇〇市××町△△丁目□□番 TEL 〇〇〇(×××)△△△△
事故発生	事故発生日時	令和3年4月1日 午後 1時00分頃
	事故発生場所	〇〇市××町△△丁目□□番 付近
自賠責保険(加害者)	保険会社名	〇〇損害保険株式会社
	保険契約者名	ふりがな さんしゃ はなこ 氏名 三者 花子
	登録番号	〇〇××△△
	車台番号	〇〇××△△
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 令和元年1月1日 ~ 令和5年12月31日 自賠責番号 〇〇××△△
任意保険(加害者)	保険会社名	〇〇損害保険株式会社
	取扱店所在地 / 電話	〒 XXX-XXXX 〇〇市××町△△丁目□□番 TEL 〇〇〇(×××)△△△△
	担当者名 / E-mail	ふりがな そんぼ まもる 氏名 ××支店 損保 守 E-mail 〇〇〇〇@××.jp
	保険契約者名	ふりがな さんしゃ はなこ 氏名 三者 花子
	住 所	〒 XXX-XXXX 〇〇市××町△△丁目□□番
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和元年1月1日 ~ 令和5年12月31日 契約番号 〇〇××△△
	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 〇〇市××町△△丁目□□番 保険会社名・担当者名 ××火災保険株式会社 担当:△△ TEL 〇〇〇(×××)△△△△
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇××病院 治療開始日 令和3年4月1日 TEL 〇〇〇(×××)△△△△
	所在地	〒 XXX-XXXX 〇〇市××町△△丁目□□番 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。)