


# 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 <b>浜中 999999</b>	保険者名 <b>浜中町</b>
	保険者の住所(届出先)	〒 <b>088-1592</b> <b>浜中町霧多布東4条1丁目35番地1</b>	
	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 <b>はまなか たろう</b> 氏名 <b>浜中 太郎</b>	
(被害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな <b>はまなか はなこ</b> 氏名 <b>浜中 花子</b>	男性 / <b>女性</b> / 〇〇歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 <b>妻</b>	<b>昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日</b>
	住所 / 電話	〒 <b>088-1592</b> <b>浜中町霧多布東4条1丁目35番地1</b>	TEL <b>〇〇〇〇 ( 〇〇 ) 〇〇〇〇</b>
	備考		
(第三者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな <b>ほっかい みちお</b> 氏名 <b>北海道男</b>	<b>男性</b> / 女性 / 〇〇歳
	住所 / 電話	〒 <b>〇〇〇-〇〇〇〇</b> <b>〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号</b>	TEL <b>〇〇〇〇 ( 〇〇 ) 〇〇〇〇</b>
事故発生	事故発生日時	<b>令和〇〇年 〇〇月 〇〇日</b> 午前 <b>午後</b> 〇時 〇〇分頃	
	事故発生場所	<b>〇〇市〇〇町の市道交差点</b>	
自賠責保険(加害者)	保険会社名	<b>〇〇損害保険会社</b>	
	保険契約者名	ふりがな 氏名 <b>加害者に同じ</b>	
	登録番号	<b>〇〇500 あ 〇〇-〇〇</b>	
	車台番号	<b>ABC12-3456789</b>	
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 <b>令和〇〇年 〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年 〇月〇〇日</b>	自賠責番号 <b>第 〇〇〇〇〇〇 号</b>
任意保険(加害者)	保険会社名	<b>〇〇海上火災保険会社</b>	
	取扱店所在地 / 電話	<b>〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号</b>	TEL <b>〇〇〇〇 ( 〇〇 ) 〇〇〇〇</b>
	担当者名 / E-mail	ふりがな <b>こくほ いちろう</b> 氏名 <b>国保 一郎</b>	E-mail <b>〇〇〇〇〇@△△△.□□</b>
	保険契約者名	ふりがな 氏名 <b>加害者に同じ</b>	
	住 所	〒 <b>加害者に同じ</b>	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 <b>令和〇〇年 〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年 〇月〇〇日</b>	契約番号 <b>第 〇〇〇〇〇〇 号</b>
	任意対人一括の有無	<b>有</b> / 無	
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 <b>無</b> / 有	TEL ( )
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 <b>〇〇診療所</b>	治療開始日 <b>令和〇〇年 〇〇月 〇〇日</b> TEL <b>〇〇〇〇 ( 〇〇 ) 〇〇〇〇</b>
	所在地	〒 <b>〇〇〇-〇〇〇〇</b> <b>〇〇町〇〇条〇〇丁目〇〇番地</b>	入院の有無 有 / <b>無</b>
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 <b>〇〇総合病院</b>	治療開始日 <b>令和〇〇年 〇〇月 〇〇日</b> TEL <b>〇〇〇〇 ( 〇〇 ) 〇〇〇〇</b>
	所在地	〒 <b>〇〇〇-〇〇〇〇</b> <b>〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号</b>	入院の有無 有 / <b>無</b>
<b>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。</b>			
<small>(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。)</small>			