

第三者行為による傷病届(記載例)

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 守谷 000000	保険者名 守谷市
	保険者の住所(届出先)	〒 302-0198 茨城県守谷市大柏950-1	
	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 もりや いちろう 氏名 守谷 一郎	印
(被害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな もりや じろう 氏名 守谷 二郎(事故にあった方)	男性 / 女性 22 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 子	平成10年4月1日
	住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 茨城県守谷市△△123-45	TEL 〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇
	備考		
(加害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな こくほ たろう 氏名 国保 太郎(事故の相手方)	男性 / 女性 30 歳
	住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 茨城県守谷市□□678-9	TEL 〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇
事故発生	事故発生日時	令和2年6月1日 午前 / 午後 10時30分頃	
	事故発生場所	茨城県守谷市〇〇交差点付近	
自賠責保険(加害者)	保険会社名	〇〇〇損害保険(株)	
	保険契約者名	ふりがな こくほ たろう 氏名 国保 太郎	
	登録番号	つくば500す1234	
	車台番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 令和2年4月1日 ~ 令和3年4月1日	自賠責番号 〇〇〇〇〇〇〇
任意保険(加害者)	保険会社名	〇〇〇損害保険(株)	
	取扱店所在地 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区△△△1-2-3	TEL 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇
	担当者名 / E-mail	ふりがな ほけん さぶろう 氏名 保険 三郎	E-mail
	保険契約者名	ふりがな こくほ たろう 氏名 国保 太郎	
	住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区△△△1-2-3	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和2年4月1日 ~ 令和3年4月1日	契約番号 〇〇〇〇〇〇〇
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 有	TEL ()
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇〇病院	治療開始日 令和2年6月1日 TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 茨城県守谷市〇〇1-23	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 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ください。

(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ください。)