

第三者行為による傷病届

項 目		内 容				
(被 届 出 者 等)	被保険者記号番号 / 保険者名	記 号	番 号	保 険 者 名		
	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏 名 〒		生年月日 年 月 日		
	住所 / 電話			TEL ()		
(被 害 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 加 害 保 険	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 / 自賠償証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日			自賠償証明書番号	
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 年 月 日 ~ 年 月 日			契約番号 第	
	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	関与の有 無の場合 右欄記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名		担当部署		
		担当者氏名		TEL ()		
治 療 状 況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	①診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日	年 月 日	
	所在地	〒		治療終了(見込)	年 月 日	
				TEL ()		
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	②診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日	年 月 日	
	所在地	〒		治療終了(見込)	年 月 日	
				TEL ()		
診療機関名 / 治療開始日 / 電話	③診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日	年 月 日		
所在地	〒		治療終了(見込)	年 月 日		
			TEL ()			
傷病届作成日 / 作成支援の	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 <input type="checkbox"/>			

(注)本書は、自賠償共済、任意共済の場合、自賠償保険、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。