

第三者行為による傷病届

項目		内容	
(被保険者等) 届出者	被保険者記号番号 / 保険者名	記号 01	番号 0031001 保険者名 栃木県医師国民健康保険組合
	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏名 こくほ はなよ 国保 花代	生年月日 S50年 9月 25日
	住所 / 電話	〒 〇〇市△△町□丁目	TEL 111 (222) 5555
(被害者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名 こくほ はなよ 国保 花代	届出者との関係 生年月日 本人 S50年 9月 25日
	住所 / 電話	〒 〇〇市△△町□丁目	TEL 111 (222) 5555
(加害者) 加害者	氏名	ふりがな 氏名 あいて じろう 相手 次郎	TEL
	住所 / 電話	〒 △△市□□町〇丁目〇	000 (333) 1111
事故発生状況	事故発生日時	令和〇年 〇月 〇日 午前 / 午後 2時 00分頃	
	事故発生場所	〇〇市〇〇町△丁目	
自賠責保険 加害者	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 〇〇〇海上火災保険株式会社	ふりがな 氏名 あいて じろう 相手 次郎
	登録番号 / 車台番号	登録番号 宇都宮500こ1234	車台番号
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号 A12345678
任意保険 加害者	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 ●●●海上火災保険株式会社	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 有	
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 担当者氏名	担当部署 TEL ()
	治療機関名 / 治療開始日 / 電話	①治療機関名 〇〇病院	入院 治療開始日 令和〇年 〇月 〇日 有/無 無
治療状況	所在地	〒	TEL ()
	治療機関名 / 治療開始日 / 電話	②治療機関名 △△整骨院	入院 治療開始日 令和〇年 〇月 〇日 有/無 無
	所在地	〒	TEL ()
治療状況	治療機関名 / 治療開始日 / 電話	③治療機関名	入院 治療開始日 年 月 日 有/無
	所在地	〒	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"/>	

【記載必須】
記号番号記載誤りに注意

【記載必須】
被保険者の氏名、電話番号を記載します。上記と同じ場合は省略可。その際は☑を忘れずに。

【記載必須】
相手方の氏名、住所、電話番号を記載します。

【記載必須】
事故日等、交通事故証明書記載内容と同一か確認。労災ではない場合は☑を忘れずに。

【記載必須】
相手方の自賠責保険の情報について交通事故証明書を基に記載します。※自賠責保険の加入が確認できないときは、直接請求事案となります。

相手方の任意保険の情報について分かる範囲で記載します。

被保険者の任意保険の情報について分かる範囲で記載します。

治療状況について分かる範囲で記載します。※自費診療の場合は代位請求権が発生しません。

(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。