

見本

第三者行為による傷病届

		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 12345	保険者名 笠松町	
	保険者の住所(届出先)	〒 501-6181 岐阜県羽島郡笠松町司町1番地		
	被保険者氏名 ※国民健康保険の場合は世帯主氏名	ふりがな 氏名	かさまつ たろう 笠松 太郎	印
(被診者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名	かさまつ たろう 笠松 太郎	男性 / 女性 〇〇歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 本人	〇〇年	
	住所 / 電話	〒 501-1234 岐阜県羽島郡笠松町〇〇町△△番地	TEL 058 (〇〇〇)	
	備考			
(加害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな まつかさ はなこ 氏名 松笠 花子	男性 / 女性 〇〇歳	
	住所 / 電話	〒 502-2345 岐阜県岐阜市〇〇町△△番地	TEL 058 (〇〇〇)〇〇〇〇	
事故発生	事故発生日時	令和〇年〇〇月〇日 午前 / 午後 〇時 〇〇分頃		
	事故発生場所	岐阜県岐阜市〇〇 △△番△号		
自賠責保険(加害者)	保険会社名	▲▲海上火災保険株式会社		
	保険契約者名	ふりがな まつかさ はなこ 氏名 松笠 花子		
	登録番号	岐阜987あ1234		
	車台番号	ABC-0123456		
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年 〇月〇〇日	自賠責番号 789-1234	
任意保険(加害者)	保険会社名	■■火災海上保険		
	取扱店所在地 / 電話	〒503-3456 岐阜県岐阜市〇〇町△△番地△	TEL 058 (〇〇〇)〇〇〇〇	
	担当者名 / E-mail	ふりがな そんなほ いちろう 氏名 損保 一郎	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな まつかさ はなこ 氏名 松笠 花子		
	住 所	〒		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年 〇月〇〇日	契約番号 13579	
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	TEL ( )	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 ●●病院 整形外科	治療開始日 令和〇年 〇〇月〇日 TEL ( )	
	所在地	〒	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	

負傷した国保被保険者の世帯主を記入する

事故状況(過失割合)に関係なく国保被保険者を常に被害者欄に記入してください。

保険診療を始めた日付を記入する

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。)

<注意事項>

- ① 所定の記載項目の中で、一部不明で記入できない箇所があっても、空欄のまま提出を求めてください。
- ② 記載されていない箇所、国保担当者が分かる場合は助言して記入させてください。また、その後判明したときは、すぐに連絡をもらい、担当者が補筆してせいびしてください。
- ③ 加害者(相手)側の自賠責保険並びに任意保険の情報については記入漏れのないように注意してください。