

記入例		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 常総・123456		保険者名 常総市	
	保険者の住所（届出先）	〒303-8501 常総市水海道諏訪町3222番地3			
	被保険者氏名 ※国民健康保険の場合は世帯主名	ふりがな じょうそう たろう 氏 名 常総 太郎		常総	
被害者（受診者）	氏名/性別/年齢	ふりがな じょうそう はなこ 氏 名 常総 花子		男性	女性
	続柄/生年月日	届出者との関係 妻		平成 〇年 〇月 〇日	
	住所/電話	〒303-8501 常総市水海道諏訪町3222番地3		TEL 0297（23）2111	
	備考				
被害者（第三者）	氏名/性別/年齢	ふりがな こくほ いちろう 氏 名 国保 一郎		男性	女性
	住所/電話	〒300-2706 常総市新石下4310番地1		TEL 0297（23）3111	
事故発生	事故発生日時	令和 〇年 〇月 〇日 午前/午後 ×時 ×分頃			
	事故発生場所	〇〇市×町△△番地			
自賠責保険（加害者）	保険会社名	〇×保険株式会社			
	保険契約者名	ふりがな こくほ いちろう 氏 名 国保 一郎			
	登録番号	常総000 ん 12-34			
	車体番号	〇〇〇〇〇〇〇〇			
	保険期間/自賠責番号	保険期間 令和〇年 〇月 〇日 ～ 令和〇年 〇月 〇日		自賠責番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	
任意保険（加害者）	保険会社名	〇×保険株式会社			
	取扱店所在地/電話	〒123-4567 〇〇県〇〇市〇〇 ××番地		TEL 〇〇〇〇（××）△△△△	
	担当者/E-mail	ふりがな □□□□ □□□□ 氏 名 □□ □□		E-mail	
	保険契約者名	ふりがな こくほ いちろう 氏 名 国保 一郎			
	住 所	〒300-2706 常総市新石下4310番地1			
	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 〇日		契約番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	
	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	保険会社名・担当者名 〇×保険株式会社 担当〇〇	TEL 〇〇〇〇（××）△△△△	
治療状況	診療機関名/治療開始日/電話	診療機関名 〇×△病院		治療開始日 令和 〇年 〇月 〇日	
	所 在 地	〒123-4567 〇〇県〇〇市〇〇 ××番地		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	
	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下さい。)					