

第三者行為による傷病届

記入例

項 目		内 容		
届出者・届出先	被保険者記号番号 / 保険者名	被保険者記号番号 □□□○○○○○○	保険者名 所沢市	
	保険者の住所(届出先)	〒 359-0042 所沢市並木1-1-1		
	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 ところざわ たろう 氏名 所沢 太郎	(所沢)	
(被害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな ところざわ たろう 氏名 所沢 太郎	男性 / 女性 男性 ○○ 歳	
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 本人	昭和○○ 年○ 月○ 日	
	住所 / 電話	〒 359-0042 所沢市並木1-1-1	TEL 04 (2222)3333	
	備考			
(加害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな さいたま かずお 氏名 埼玉 一夫	男性 / 女性 男性 △△ 歳	
	住所 / 電話	〒 359-0045 所沢市美原町10-20-30	TEL 04 (3333)1111	
事故発生	事故発生日時	令和 元 年 5 月 1 日 (午前) 午後 10 時 30 分頃		
	事故発生場所	所沢市並木1-1-1		
自賠責保険(加害者)	保険会社名	△△損害保険		
	保険契約者名	ふりがな さいたま よしこ 氏名 埼玉 芳子		
	登録番号	所沢ろ☆☆-○○		
	車台番号			
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 平成31 年1 月1 日 ~ 令和2 年 12 月31 日	自賠責番号 AB1234-5678	
任意保険(加害者)	保険会社名	○○損害保険		
	取扱店所在地 / 電話	〒359-0042 所沢市並木1-2-3	TEL 04 (1234)5678	
	担当者名 / E-mail	ふりがな ほけん たろう 氏名 保険 太郎	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな さいたま よしこ 氏名 埼玉 芳子		
	住 所	〒 359-0045 所沢市美原町10-20-30		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 平成31 年1 月1 日 ~ 令和2 年 12 月31 日	契約番号 XY8765-4321	
	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)	保険会社名・担当者名 □□損害保険所沢営業所 担当 ○○氏 TEL 04 (1111)2222	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 所沢市民病院	治療開始日 令和元年 5 月 1 日 TEL 04 (9999)8888	
	所在地	〒 359-0042 所沢市並木10-10-10	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	

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。)