

# 第三者行為による傷病届

記載例

あなた

相手方

相手方が加入している保険内容

あなた側の任意保険を使う場合

事故証明書を基に分かる範囲で記載します

相手方の任意保険情報を分かる範囲で記載します

項目		内容	
(被保険者等) 届出者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 ●●●●●●	保険者名 〇〇〇市
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	ふりがな にいがた たろう 氏名 新潟 太郎 〒 〇〇〇-〇〇〇 〇〇〇市△△△町□□□番地	生年月日 ●● 年 ● 月 ● 日 TEL 012 (345) 6789
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒	届出者との関係 生年月日 年 月 日 TEL ( )
(被害者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒	届出者との関係 生年月日 年 月 日 TEL ( )
	届出者の情報と同じ場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/>		
(第三者) 加害者	氏名 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒 ●●●市▲▲▲町■●●番地	TEL 987 (654) 3210
事故発生状況	事故発生日時	令和3 年 7 月 11 日 午前 / 午後 1 時 20 分頃	
	事故発生場所	□□□市☆☆☆町888	
	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) <input checked="" type="checkbox"/>	
自賠責保険 (加害者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ☆☆☆損害保険会社	ふりがな 氏名 越後 雪子
	登録番号 / 車台番号	登録番号 ▲▲55 は 5555	車台番号 AB12C-34567
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 2 年 4 月 1 日 ~ 4 年 4 月 1 日	自賠責証明書番号 第 ABC123456 号
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 ☆☆☆海上火災保険会社	担当部署 新潟サービスセンター
	取扱店所在地 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇 〇〇〇市△△△町□□□3456-7	TEL 999 (888) 7777
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 損保 守	E-mail
	保険契約者名	ふりがな 氏名 越後 雪子	
	住所	〒 ●●●市▲▲▲町■●●番地	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 2 年 4 月 1 日 ~ 4 年 4 月 1 日	契約番号 第 CBA654321 号
	任意対人一括の有無	有 / 無	
被害者加入の保険 会社の関与	関与の有無を チェックし、 「有」の場合 は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" 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 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 新潟県立●●●●●病院 〒 〇〇〇-〇〇〇 □□□市☆☆☆町123	入院 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療開始日 3 年 7 月 11 日 治療終了(見込) 年 月 日 TEL 444 (555) 6666
	住所 / 電話番号 ※治療終了日(見込)については可能な範囲でご記入ください。	② 診療機関名 〇〇〇整形外科クリニック 〒 〇〇〇-〇〇〇 □□□市☆☆☆町456	入院 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 治療開始日 3 年 9 月 20 日 治療終了(見込) 年 月 日 TEL 666 (555) 4444
		③ 診療機関名 〒	入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日 TEL ( )
傷病届作成日 / 作成支援の有無		令和 3 年 7 月 20 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 checked="" type="checkbox"/>

(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。