

記載例

第三者行為による傷病届(自賠責・任意保険)

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 和17 123456	保険者名 岩出市
	保険者の住所(届出先)	〒649-6292 和歌山県岩出市西野209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 (世帯主の氏名) 岩出 太郎	印
(被害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名 (受診者の氏名) 岩出 花子	男性 女性 <input checked="" type="radio"/> 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 子	●年 ◆月 ×日
	住所 / 電話	〒649-0000 岩出市□□ ●●番地	TEL ○○(△△)××××
	※備考		
(加害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな こくほ じろう 氏名 国保 次郎	男性 / 女性 <input checked="" type="radio"/> 歳
	住所 / 電話	〒111-1111 ○県×市……番地	TEL ○○(△△)××××
事故発生	事故発生日時	○年 ×月 ▲日 午前 / 午後 10時 30分頃	
	事故発生場所	和歌山市□□ ●●	
自賠責保険(加害者)	保険会社名	○×損害保険株式会社	
	保険契約者名	ふりがな 氏名 国保 次郎	
	登録番号	ABCDEFG1	
	車台番号	HIJK	
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 ●年 ▽月 ◆日 ~ ○年 ▽月 □日	自賠責番号 ●◆
任意保険(加害者)	保険会社名	ABC損害保険会社	
	取扱店所在地 / 電話	〒111-1112 ●県×市	TEL ○○(△△)××××
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 和歌山 一郎	E-mail
	保険契約者名	ふりがな 氏名 国保 次郎	
	住 所	〒111-1111 ○県×市……番地	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 ●年 ▽月 ◆日 ~ ○年 ▽月 □日	契約番号 ●×
	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 <input checked="" type="radio"/>	保険会社名・担当者名 ×××
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 △△△病院	治療開始日 ○年 ×月 □日 TEL ○○(△△)××××
	所在地	〒 岩出市□□ ●●番地	入院の有無 有 / 無 <input checked="" type="radio"/>
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 □□□接骨院	治療開始日 ○年 ×月 □日 TEL ○○(△△)××××
	所在地	〒 岩出市□□ ●●番地	入院の有無 有 <input checked="" type="radio"/>

※個人番号を記載(後期高齢者被保険者は個人番号を記入する必要はありません。)

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。)