

記載例

第三者行為による傷病届(個人賠償保険等)

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 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
(被受診者)	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 〇 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 〇〇(△△)××××
	※ 個人番号		
(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 〇 歳
	住所 / 電話	〒 111-1111 岩出市……番地	TEL 〇〇(△△)××××
事故発生	事故発生日時	〇年 ×月 ▲日 午前 午後 10時 30分頃	
	事故発生場所	岩出市□□ ●●	
	事故の原因及び状況	家の前の道を歩いていたら、散歩中の犬が突然走ってきて足を噛まれた。	
個人賠償保険等(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 〇〇(△△)××××
	担当者名 / E-mail	ふりがな わかやま いちろう 氏名 和歌山 一郎	E-mail
	保険契約者名	ふりがな こくほ じろう 氏名 国保 次郎	
	住所	〒111-1111 〇県×市……番地	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 ●年 ▽月 ◆日 ~ 〇年 ▽月 □日	契約番号 ●×
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 〇年 ×月 □日 TEL 〇〇(△△)××××
	所在地	〒 岩出市□□ ●●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 □□□接骨院	治療開始日 〇年 ×月 □日 TEL 〇〇(△△)××××
	所在地	〒 岩出市□□ ●●番地	入院の有無 有 / 無

※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。