

第三者行為による傷病届

項 目		内 容		
届 出 者 <small>(被保険者名)</small>	被保険者等記号・番号	被保険者記号・番号 <small>記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください</small>		
	被保険者氏名 / 生年月日	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日	
	住所 / 電話	〒	TEL ()	
被 害 者 <small>(受診者)</small>	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日	
	住所 / 電話	〒	TEL ()	
加 害 者 <small>(第三者)</small>	氏 名	ふりがな 氏名		
	住所 / 電話	〒	TEL ()	
事 故 発 生 状 況	事故の内容 <small>(あてはまるものに☑をつけてください。)</small>	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) 動物による負傷 (<input type="checkbox"/> 飼主が加害者・ <input type="checkbox"/> 飼主不明) <input type="checkbox"/> その他 ()		
	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃		
	事故発生場所			
	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による交通事故ではありません。 <input type="checkbox"/>		
自 賠 責 保 険 <small>(加害者)</small>	保険会社名	TEL ()		
	保険契約者名	ふりがな 氏名		
	登録番号			
	車両番号			
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号 第 号	
任 意 保 険 <small>(加害者)</small>	保険会社名 / 担当部署	保険会社名	担当部署	
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL ()	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏名		
	住 所	〒		
	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(注1)	有 / 無			
被害者加入の保険会社 関与の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 担当部署 担当者名	TEL ()	
治 療 状 況 等	診療機関名 / 治療期間	① 医療機関名	治療開始 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日	
	所在地 / 電話	〒 TEL ()	入院の有無 有 / 無	
	入院の有無	② 医療機関名	治療開始 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日	
	<small>※治療終了(見込)については可能な範囲でご記入ください。</small>	〒 TEL ()	入院の有無 有 / 無	
示談又は和解(注2) <small>(あてはまるものに☑をつけてください。)</small>	(損害賠償について示談又は和解の有無) <input type="checkbox"/> 示談・和解済 <input type="checkbox"/> 交渉中 <input type="checkbox"/> 示談・和解はしない			

(注1) 「任意一括」とは、加害者の任意保険会社が自賠責保険も一括で対応することを指します。

(注2) 加害者と示談又は和解を行った場合は、示談内容または和解内容が分かるもの(示談書等)を添付してください。