

第三者行為による傷病届

| 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 12 1234567 | 保険者名 小郡市 | | |
| | 保険者の住所(届出先) | 〒838-0198 小郡市小郡2 5 5-1 | | | |
| | 被保険者氏名 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small> | ふりがな 氏名 小郡 太郎 | おごおり たろう 小郡 太郎 | 印 | |
| (被害者) (受診者) | 氏名 / 性別 / 年齢 | ふりがな 氏名 小郡 太郎 | おごおり たろう 小郡 太郎 | 男性 / 女性 | 46 歳 |
| | 続柄 / 生年月日 | 届出者との関係 本人 | 昭和 45年 6月 7日 | | |
| | 住所 / 電話 | 〒838-〇〇〇〇 小郡市の住所 | | TEL 連絡が取れる番号 | |
| | 備考 | | | | |
| (第三者) (加害者) | 氏名 / 性別 / 年齢 | ふりがな 氏名 小郡 二郎 | おごおり じろう 小郡 二郎 | 男性 / 女性 | 70 歳 |
| | 住所 / 電話 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 現在お住まいの住所 | | TEL 連絡が取れる番号 | |
| 事故発生 | 事故発生日時 | 平成 29年 1月 10日 午前 / 午後 3時 30分頃 | | | |
| | 事故発生場所 | 事故が発生した住所を記入 | | | |
| 自賠責保険 (加害者) | 保険会社名 | 損保△△△△ | | | |
| | 保険契約者名 | ふりがな 氏名 小郡 二郎 | おごおり じろう 小郡 二郎 | | |
| | 登録番号 | 小郡111 ん 9999 | | | |
| | 車台番号 | EX1-1234567 | | | |
| | 保険期間 / 自賠責番号 | 保険期間 平成〇〇年〇月〇日 ~ 平成〇〇年〇月〇日 | 自賠責番号 第 AA1-1234567 号 | | |
| 任意保険 (加害者) | 保険会社名 | | | | |
| | 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 | 加入している場合は記入 | | |
| | 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 | 有 / 無 | | | |
| 被害者加入の保険会社関与の有無(注) | | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> | 保険会社名・担当者名 | TEL () | |
| 治療状況 | 診療機関名 / 治療開始日 / 電話 | 診療機関名 〇〇病院 | 治療開始日 平成 29年 1月 10日 | 医療機関の電話番号 | |
| | 所在地 | 〒 | 受信した医療機関の住所 | 入院の有無 | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |
| | 診療機関名 / 治療開始日 / 電話 | 診療機関名 △△クリニック | 治療開始日 平成 29年 1月 15日 | 医療機関の電話番号 | |
| | 所在地 | 〒 | 受信した医療機関の住所 | 入院の有無 | 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> |

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。)