

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 / 個人番号	被保険者証記号番号 島10-〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	保険者の住所(届出先)	〒 相馬市〇〇字〇〇〇〇番地	
	世帯主氏名	ふりがな そうま たろう 氏 名 相馬 太郎 (印)	
(被 害 者) (受 診 者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな そうま じろう 氏 名 相馬 次郎	男性 / 女性 〇〇 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 子	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	住所 / 電話	〒 相馬市〇〇字〇〇〇〇番地	TEL 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇
	備 考		
(加 害 者) (第 三 者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 〇〇〇〇 〇〇〇〇 氏 名 〇〇〇〇	男性 / 女性 〇〇 歳
	住所 / 電話	〒 〇〇市〇〇字〇〇〇〇番地	TEL 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇
事 故 発 生	事故発生日時	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 午前 / 午後 〇〇時 〇〇分頃	
	事故発生場所	〇〇県〇〇市〇〇番地付近	
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名	〇〇保険会社	
	保険契約者名	ふりがな 〇〇〇〇 〇〇〇〇 氏 名 〇〇 〇〇	
	登録番号	福島〇〇〇め〇〇〇〇	
	車台番号	× 〇〇〇△〇〇〇〇〇〇〇〇	
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	自賠責番号 〇△△〇〇〇〇〇〇
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名	〇〇保険会社	
	取扱店所在地 / 電話	〒 〇〇県〇〇市〇〇〇〇番地	TEL 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇
	担当者名 / E-mail	ふりがな 〇〇〇〇 〇〇〇〇 氏 名 〇〇〇〇	E-mail 〇〇〇〇〇@〇〇.〇〇
	保険契約者名	ふりがな 〇〇〇〇 〇〇〇〇 氏 名 〇〇〇〇	
	住 所	〒 〇〇県〇〇市〇〇〇〇番地	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	契約番号 △〇〇〇〇〇〇〇〇
	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 〇〇保険会社	TEL 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇
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 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 TEL 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇
	所 在 地	〒 〇〇県〇〇市〇〇〇〇番地	入院の有無 有 / 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇病院	治療開始日 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 TEL 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇
	所 在 地	〒 〇〇県〇〇市〇〇〇〇番地	入院の有無 有 / 無

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。)