

ア) 負傷した国保被保険者の世帯主を記入する

第三者行為による傷病届

		内 容	
(被保険者名等) 届出者	被保険者記号・番号 / 被保険者名	被保険者記号・番号 1 2 - 3 - 4 保険者名 〇〇市	
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	氏名 / 生年月日 ふりがな こくほ たろう 氏 名 国 保 太 郎 〒 5 0 0 - 1 1 1 1 〇〇県〇〇市××1-23	イ) 事故状況(過失割合)に関係なく国保被保険者を常に被害者欄に記入ください。 ※届出者と被害者が同一人物の場合は☑してください。
	住所 / 電話	住所 / 電話	
(被害者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日	届出者の情報と同じ場合はチェック ☒	ふりがな 氏 名 〒
	住所 / 電話		届出者との関係 本人 TEL
(加害者) 加害者	氏 名	ふりがな 氏 名 〒	TEL
	住所 / 電話	△△市 栄町 2丁目 34番地	058 (263) 1230
事故発生状況	事故発生日時	令和 3 年 5 月 1 日 午前 / 午後 8 時 50 分頃	
	事故発生場所	〇〇県〇〇市下奈良123番地	
	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中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック) ☒	
自賠責保険 (加害者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ▲▲海上火災保険株式会社	ふりがな 氏 名 車台番号
	登録番号 / 車台番号	登録番号 岐阜500あ1234	ABC-0123456
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 元年 5 月 30 日 ~ 3 年 5 月 30 日	自賠責証明書番号 第 987-6543 号
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 ★★火災海上保険	担当部署 岐阜保険金サービス第1課
	取扱店所在地 / 電話	〒 501-1234 〇〇市△△町9-26	TEL 058 (277) 2345
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏 名 E-mail sonpo.co.jp	
	保険契約者名	ふりがな 氏 名 〒	
	住所	△△市 栄町 2丁目 34番地	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 元年 5 月 30 日 ~ 3 年 5 月 30 日	契約番号 第 123-456-789 号
	任意対人一括の有無	有 / 無 有	
被害者加入の保険 会社の関与	関与の有無を チェックし、 「有」の場合 は右欄を記入 有 ☐ 無 ☒	保険会社名 担当者氏名 TEL ()	
	治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 ●●市民病院 整形外科 入院 有 / 無 治療開始日 3 年 5 月 1 日 治療終了(見込) 年 月 日 TEL 058 (1234) 5678
住所 / 電話番号 ※治療終了日(見込)については可能な範囲でご記入ください。		② 診療機関名 TEL ()	
③ 診療機関名 入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日 TEL ()			
傷病届作成日 / 作成支援の有無		3 年 5 月 10 日	本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック ☒

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、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ご記入ください。