

第三者行為による傷病届

項 目		内 容				
(被 保 険 者 名 等) 届 出 者	被保険者記号・番号 / 保険者名		被保険者記号・番号		保険者名	
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>		ふりがな 氏名 〒		生年月日 年 月 日 TEL ()	
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話		氏名 〒		届出者との関係 生年月日 年 月 日 TEL ()	
(受 診 者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話		ふりがな 氏名 〒		生年月日 年 月 日 TEL ()	
	届出者の情報と同じ場合はチェック <input type="checkbox"/>					
(第 三 者) 加 害 者	氏名		ふりがな 氏名 〒		TEL ()	
	住所 / 電話					
事 故 発 生 状 況	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)			<input type="checkbox"/>
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名		保険会社名 ふりがな 氏名			
	登録番号 / 車台番号		登録番号 車台番号			
	保険期間 / 自賠責証明書番号		保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日		自賠責証明書番号 第 号	
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署		保険会社名 〒		担当部署 TEL ()	
	取扱店所在地 / 電話		ふりがな 氏名		E-mail	
	担当者名 / E-mail		ふりがな 氏名			
	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 第 号	
	任意対人一括の有無		有 / 無			
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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		保険会社名 担当部署 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 〒		入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日 TEL ()	
	住所 / 電話番号 <small>※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。</small>		② 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 ()	
			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		年 月 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 <input type="checkbox"/>		

(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。

第三者行為による傷病届

項 目		内 容	
(被 保 險 者 名 等) 届 出 者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 保険証に記載の記号番号	保険者名 戸田市
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒 ご世帯主様の氏名・生年月日・住所・電話番号をご記入ください。
(被 害 者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒 〇世帯主様が被害者の場合はチェックボックスにチェックしてください。 〇世帯主様以外が被害者の場合は氏名・〇世帯主様との続柄(妻、子ども)・生年月日・住所・電話番号をご記入ください。	<input type="checkbox"/>
(第 三 者) 加 害 者	氏名 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒 加害者の氏名 加害者の住所	TEL 加害者の電話番号
事 故 発 生 状 況	事故発生日時 事故発生場所 労災保険対象の確認	交通事故証明書を参照のうえ、ご記入ください。 本件は() 労災保険の対象ではないことを確認のうえ、チェックボックスに	
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名 登録番号 / 車台番号 保険期間 / 自賠責証明書番号	保険会社名 登録番号 保険期間 年	ふりがな 氏名 号
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署 取扱店所在地 / 電話 担当者名 / E-mail 保険契約者名 住所 保険期間 / 契約番号 任意対人一括の有無	保険会社名 〒 ふりがな 氏名 ふりがな 氏名 〒 保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日 有 / 無	号 号
被 害 者 加 入 の 保 険 会 社 の 関 与		保険会社名 担当者氏名	担当部署 TEL ()
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 <small>※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。</small>	① 診療機関名 入院 治療開始日 年 月 日 〒 ② 診療機関名 〒 ③ 診療機関名 〒	日 日 日 日
傷 病 届 作 成 日 / 作 成 支 援 の 有 無		本届出書の作成年月日の記入及び、本届出書を損保会社等の支援を受けて作成した場合はチェックボックスにチェックしてください。	

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の右欄に「保険」を「共済」と読み替えての内容をご記入ください。