

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 ※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 氏 名		生年月日 年 月 日	
		住所 / 電話	〒		TEL ()	
(受 診 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		生年月日 年 月 日	
	住所 / 電話		〒		TEL ()	
(第 三 者) 加 害 者	氏 名		ふりがな 氏 名			
	住所 / 電話		〒		TEL ()	
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) ☐			
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	
	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 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 ☐ 無 ☐	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 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。		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 ()
			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 ☐		

(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 険 者 名 等) 届 出 者	被保険者記号・番号 / 保険者名 〇〇〇-〇〇〇〇		保険者名 ▲▲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 〒 000-0000 ▲▲市△△△町11-1	生年月日 昭和46年 1月 1日 TEL 076(222) 2222	
		住所 / 電話			
(被 害 者) 加 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 こくほ はなこ 氏 名 国保 花子 〒 000-0000 ▲▲市△△△町11-1	届出者との関係 配偶者 生年月日 昭和50年 3月 3日 TEL 076(222) 2222	
	住所 / 電話				
(加 害 者) 加 害 者	氏 名	ふりがな かがい いちろう 氏 名 加害 一郎 〒 000-0000 ▲▲市★★町27-1			
	住所 / 電話	TEL 080(888) 8888			
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	令和 〇年 6月 25日 午前 / 午後 10時 15分頃			
	事故発生場所	▲▲市★★町517 先路上			
	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 〇〇海上火災 保険株式会社	ふりがな かがい いちろう 氏 名 加害 一郎		
	登録番号 / 車台番号	登録番号 ▲▲580〇5555	車台番号 MF22S-111111		
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 令和 〇年 3月 10日 ~ 令和 〇年 3月 10日	自賠責証明書番号 第 ΔAOX55555 号		
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 △△共済連	担当部署		
	取扱店所在地 / 電話	〒 000-0000 ▲▲市□□町24	TEL 076(333) 3333		
	担当者名 / E-mail	ふりがな きょうさい じろう 氏 名 共済 次郎	E-mail		
	保険契約者名	ふりがな かがい いちろう 氏 名 加害 一郎			
	住所	〒 000-0000 ▲▲市★★町27-1			
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和 〇年 8月 1日 ~ 令和 〇年 8月 1日	契約番号 第 J999999999 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 ☐ 無 ☒	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 ●●病院	入 院 (有) / 無	治療開始日 令和 〇年 6月 25日 治療終了(見込) 年 月 日	
	住所 / 電話番号	〒	TEL ()		
	※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	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		令和 〇年 7月 1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。