

第三者行為による傷病届

項 目	内 容	
国保 世帯主 <small>者・届出先</small>	被保険者証記号番号 ●●●●●●●●	保険者名 焼津市
	保険者の住所(届出先) 〒42●-●●●●●● 焼津市●●●●●●●●	捺印を必ずお願いします。
	被保険者氏名 ※国民健康保険の場合は世帯主氏名 ふりがな こくほ たろう 氏名 国保 太郎	国保
あなた <small>(被害者)</small>	性別 / 年齢 男性 / 女性 ○○ 歳	
	続柄 / 生年月日 ●●年●●月●●日	
	住所 / 電話 〒42●-●●●●●● 焼津市●●町11-123	TEL 054(111)○○○○
	備考	
相手 <small>者</small>	性別 / 年齢 男性 / 女性 ○○ 歳	
	住所 / 電話 〒●●●-●●●●●● ○○市○○町567-89	TEL 054(333)○○○○
事故発生	事故発生日時 ●●年●●月●●日 午前 / 午後 ●●時●●分頃	
	事故発生場所 ○○市○○町567-89	交通事故証明書でご確認ください。
自賠責保険 <small>(加害者)</small>	保険会社名 株式会社 ◆◆◆ 代表取締役 静岡 花郎	
	保険契約者名 ふりがな かがい いちろう 氏名 加害 一郎	
	登録番号 RG-1234999	
	車台番号 A123B-4567890	
	保険期間 / 自賠責番号 ●●年●●月●●日 ~ ●●年●●月●●日	自賠責番号 A B C D 12345
※相手方の自賠責保険会社名、保険 証明書(証券)番号は、交通事故証 明書でご確認ください。 ※任意保険欄は、相手方が任意保険 に対応している場合記入が必要です。 相手または損保担当者名も必ず記入 してください。 ※保険契約期間はわかる場合のみ記 入してください。(空欄でも可)	株式会社 ▲▲▲ 代表取締役 大井川 水郎	
	●●●-●●●●●●	TEL 054(999)○○○○
	○市○○町90-12	E-mail
	●●●●●●●● ●●●●●●●● ●●●●●●●● ●●●●●●●●	
	●●●●●●●● ●●●●●●●● ●●●●●●●● ●●●●●●●●	
	●●●●●●●● ●●●●●●●● ●●●●●●●● ●●●●●●●●	契約番号 Y Z 98765432-00000
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	TEL ()
治療状況 治療を受けた医療機関 名、診療開始日等を記 入してください。	診療機関名 ◎◎病院	治療開始日 ○○年○○月○○日
	〒777-8888 ○○市港町9-9-9	TEL 054(222)○○○○
	入院の有無	有 / 無
	診療機関名 ▲▲整形外科	治療開始日 ○○年○○月○○日
〒666--7890 ○○市山の上町13-14-15	TEL 054(555)○○○○	
所在地	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。)