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 / 保険者名	被保険者証記号番号 **松国保　〇〇〇〇〇〇〇**	保険者名 **松山市**	
	保険者の住所(届出先)	〒 791-8550 **松山市高岡町〇〇番地〇**		
	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 印		
被害者（受診者）	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな　こくほ　じろう 氏 名　**国保　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40　年　1　月　1　日**	
	住所 / 電話	〒 791-8550 **松山市高岡町〇〇番地〇**	TEL **089 (968) 〇〇〇〇**	
	備　考			
加害者（第三者）	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな　いよ　いちろう 氏 名　**伊予　一郎**	(男性) / 女性	〇〇歳
	住所 / 電話	〒 790-0002 **松山市二番町〇丁目〇〇番地〇**	TEL **089 (948) 〇〇〇〇**	
事故発生	事故発生日時	〇〇 年 7 月　30 日　午前 / (午後)　2 時　30 分頃		
	事故発生場所	**松山市一番町〇丁目〇〇番地〇**		
自賠責保険（加害者）	保険会社名	**〇〇〇〇〇保険**		
	保険契約者名	ふりがな　いよ　いちろう 氏 名　**伊予　一郎**		
	登録番号	△△△△△		
	車台番号	□□□□□		
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 〇〇年 〇月 〇日 ～ △△年 〇月 〇日	自賠責番号 ×××××	
任意保険（加害者）	保険会社名	**◎◎◎◎◎保険**		
	取扱店所在地 / 電話	〒 790-0003 **松山市三番町〇丁目〇〇番地〇**	TEL **089 (948) 〇〇〇〇**	
	担当者名 / E-mail	ふりがな　まつやま　はなこ 氏 名　**松山　花子**	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな　いよ　いちろう 氏 名　**伊予　一郎**		
	住　　所	〒 790-0002 **松山市二番町〇丁目〇〇番地〇**		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 〇〇年 〇月 〇日 ～ △△年 〇月 〇日	契約番号 ×××××	
	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)	保険会社名・担当者名	TEL (　　)
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 **〇〇〇病院**	治療開始日　**〇〇年　7月30日** TEL　(　　)	
	所 在 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 **△△△整形外科**	治療開始日　**〇〇年　8月 1日** TEL　(　　)	
	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。)