

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 松国保 ○○○○○○○○		
	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 〒 791-8550 松山市高岡町○○番地○	
		住所 / 電話	生年月日 昭和40年 1月 1日 TEL 089 (968) ○○○○	
		氏名 / 続柄 / 生年月日	届出者との関係 子 生年月日 昭和60年 1月 1日 TEL 089 (968) ○○○○	
(被害者) 被害者	住所 / 電話	松山市高岡町○○番地○		
	氏名	ふりがな いよ いちろう 氏 名 伊予 一郎 〒 790-0002 松山市二番町○丁目○○番地○号	TEL 089 (948) ○○○○	
(加害者) 加害者	住所 / 電話	松山市二番町○丁目○○番地○号	TEL 089 (948) ○○○○	
	氏 名	ふりがな いよ いちろう 氏 名 伊予 一郎 〒 790-0002 松山市二番町○丁目○○番地○号	TEL 089 (948) ○○○○	
	住所 / 電話	松山市二番町○丁目○○番地○号	TEL 089 (948) ○○○○	
事故発生状況	事故発生日時	○○ 年 7 月 1 日 午前 / (午後) 2 時 30 分頃		
	事故発生場所	松山市一番町○丁目○○番地○号		
	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 ○○○○保険	ふりがな いよ いちろう 氏 名 伊予 一郎	
	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 ○○○○○保険	担当部署 □□□□□課	
	取扱店所在地 / 電話	〒 790-0003 松山市三番町○丁目○○番地○号	TEL 089 (958) ○○○○	
	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 はよ いちろう 氏 名 伊予 一郎		
	住所	〒 790-0002 松山市二番町○丁目○○番地○号		
	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 担当者氏名	担当部署 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
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。		〒 790-0002 松山市一番町○丁目○○番地○号		TEL 089 (948) ○○○○
		② 診療機関名 △△△△△整形外科	入院 (有) / 無	治療開始日 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 治療終了(見込) □□ 年 □ 月 □ 日
		〒 790-0003 松山市三番町○丁目○○番地○号		TEL 089 (945) ○○○○
		③ 診療機関名 □□□□□薬局	入院 (有) / 無	治療開始日 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 治療終了(見込) 年 月 日
		〒 790-0003 松山市三番町○丁目○○番地○号		TEL 089 (945) ○○○○
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。