

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 中999-999	保険者名 中之条町
	保険者の住所(届出先)	〒377-0494 群馬県吾妻郡中之条町大字中之条町1091番地	
	被保険者氏名 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	ふりがな なかのじょう たろう 氏名 中之条 太郎	印
(被害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな なかのじょう はなこ 氏名 中之条 花子	男性 / <input checked="" type="radio"/> 女性 / 〇〇歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 子	平成12年3月4日
	住所 / 電話	〒377-0000 吾妻郡中之条町大字〇〇123番地4	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
	備考		
(加害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな かがい じろう 氏名 加害 二郎	<input checked="" type="radio"/> 男性 / 女性 / 〇〇歳
	住所 / 電話	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
事故発生	事故発生日時	令和〇〇年〇〇月〇〇日 <input checked="" type="radio"/> 午前 / 午後〇〇時〇〇分頃	
	事故発生場所	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	
自賠責保険(加害者)	保険会社名	〇〇〇火災海上	
	保険契約者名	ふりがな かがい じろう 氏名 加害 二郎	
	登録番号	群馬〇〇〇 あ 〇〇 - 〇〇	
	車台番号	AB〇〇-〇〇〇〇	
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日	自賠責番号 第 〇〇〇〇〇〇〇〇 号
任意保険(加害者)	保険会社名	〇〇〇損保	
	取扱店所在地 / 電話	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇
	担当者名 / E-mail	ふりがな そんぼ さぶろう 氏名 損保 三郎	E-mail aaa@12345.〇〇.Jp
	保険契約者名	ふりがな かがい じろう 氏名 加害 二郎	
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 吾妻郡中之条町大字〇〇〇〇番地	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日	契約番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇〇
	任意対人一括の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / <input checked="" type="radio"/> 無	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇病院	治療開始日 令和〇〇年〇〇月〇〇日 TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	入院の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 / 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇医院	治療開始日 令和〇〇年〇〇月〇〇日 TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 吾妻郡中之条町大字〇〇〇〇番地	入院の有無 <input type="radio"/> 有 / <input checked="" type="radio"/> 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。)