

第三者行為による傷病届（記入例）

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 123456 那覇市
	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 にはこ 氏名 国保 花子 生年月日 H4 年 4 月 1 日
	住所 / 電話 那覇市泉崎1丁目1番1号 TEL 123(456)7890
(受 診 者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日 氏名 山田 太郎 生年月日 年 月 日
	住所 / 電話 TEL ()
(第 三 者) 加 害 者	氏名 ふりがな やまだ たろう 氏名 山田 太郎
	住所 / 電話 〒 那覇市△△2丁目2番2号 □□アパート TEL 098(765)4321
事 故 発 生 状 況	事故発生日時 令和5 年 4 月 1 日 午前 / (午後) 6 時 30 分頃
	事故発生場所 那覇市泉崎1丁目1番1号先路上
	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) <input checked="" type="checkbox"/>
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名 保険会社名 〇〇損害保険株式会社 ふりがな やまだ たろう 氏名 山田 太郎
	登録番号 / 車台番号 登録番号 A8B8C1234 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 △△損害保険会社 担当部署
	取扱店所在地 / 電話 〒 上記会社の住所 TEL 098(123)4567
	担当者名 / E-mail ふりがな 氏名 人身事故の担当者 E-mail
	保険契約者名 ふりがな やまだ たろう 氏名 山田 太郎
	住所 〒 那覇市△△2丁目2番2号 □□アパート
	保険期間 / 契約番号 保険期間 令和4 年 1 月 1 日 ~ 令和5 年 12 月 31 日 契約番号 第 123456 号
	任意対人一括の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無 どちらかに
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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	保険会社名 / 担当部署 <input type="checkbox"/> 損害保険株式会社 担当部署 担当者氏名 那覇 太郎 TEL 098(456)1234
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 ① 診療機関名 〇〇病院 入院 <input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無 治療開始日 令和5 年 4 月 1 日 治療終了(見込) 年 月 日
	住所 / 電話番号 〒 098(853)1200
	※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 〇〇整形外科 入院 <input type="radio"/> 有 / <input checked="" type="radio"/> 無 治療開始日 令和5 年 4 月 15 日 治療終了(見込) 年 月 日
	〒 ()
	③ 診療機関名 入院 <input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
〒 ()	
傷病届作成日 / 作成支援の有無 令和5 年 4 月 30 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 <input checked="" type="checkbox"/>	

(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。