

# 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 〇〇〇〇〇〇〇	保険者名 久万高原町		
	保険者の住所(届出先)	〒 791-1201 久万高原町久万〇〇番地〇			
	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 氏名	こくほ たろう 国保 太郎	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">国保</span> 印	
(受診者) 被害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名	こくほ じろう 国保 次郎	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">男性</span> / 女性	53 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	〒 791-1201 久万高原町久万〇〇番地〇		TEL	0892 ( 21 ) 〇〇〇〇
	備考				
(第三者) 加害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名	いよ いちろう 伊予 一郎	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">男性</span> / 女性	歳
	住所 / 電話	〒 791-1201 久万高原町久万〇〇番地〇		TEL	0892 ( 21 ) 〇〇〇〇
事故発生	事故発生日時	平成 〇〇 年 7 月 25 日 午前 / <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">午後</span> 2 時 30 分頃			
	事故発生場所	久万高原町久万〇〇番地〇			
自賠責保険 (加害者)	保険会社名	〇〇〇〇〇〇保険			
	保険契約者名	ふりがな 氏名	いよ いちろう 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 平成〇〇年 〇月 〇日 ~ 平成△△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	〒790-0002 松山市二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 氏名	まつやま はなこ 松山 花子	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏名	いよ いちろう 伊予 一郎		
	住 所	〒791-1201 久万高原町久万〇〇番地〇			
	保険期間 / 契約番号	保険期間 平成〇〇年 〇月 〇日 ~ 平成△△年 〇月 〇日	契約番号 ×××××		
	任意対人一括の有無	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">有</span> / 無			
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">無</span>	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 〇〇〇〇病院	治療開始日 平成〇〇年 7月25日	TEL ( )	
	所在地	〒	入院の有無 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">有</span> / 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 平成〇〇年 8月 1日	TEL ( )	
	所在地	〒	入院の有無 有 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">無</span>		

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。)