第三者行為による傷病届

記入例

項目			内容		
届出者（被保険者名等）	被保険者証番号 / 保険者名		被保険者証番号 00123456	保険者名 半田市	
	世帯主情報	氏名 / 生年月日	ふりがな はんだ たろう 氏名 半田 太郎	生年月日 昭和45 年 8 月 9 日	
		住所 / 電話	〒 475-8666 半田市東洋町2丁目1番地	TEL 0569 (21) 2111	
被害者（受診者）	氏名 / 続柄 / 生年月日	届出者の情報と同じ場合はチェック □	ふりがな はんだ はなこ 氏名 半田 花子	届出者との関係 妻	生年月日 昭和50 年 6 月 7 日
	住所 / 電話		〒 475-8666 半田市東洋町2丁目1番地	TEL 0569 (21) 2111	
	個人番号（マイナンバー）		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0 □住民基本台帳等で被害者(被保険者)の個人番号を確認することに同意します。		
加害者（第三者）	氏名		ふりがな あいち たろう 氏名 愛知 太郎		
	住所 / 電話		〒 460-8501 名古屋市中区三の丸3丁目1−2	TEL 052 (961) 3111	
事故発生状況	事故発生日時		令和 5 年 5 月 1 日 午前 / (午後) 13 時 30 分頃		
	事故発生場所		半田市桐ヶ丘4丁目209番地交差点		
	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による交通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 ABC保険株式会社	ふりがな あいち たろう 氏名 愛知 太郎	
	登録番号 / 車台番号		登録番号 DEF-123456	車台番号 名古屋11あ12-34	
	保険期間 / 自賠責証明書番号		保険期間 令和5 年 2 月 3 日～ 6 年 2 月 3 日	自賠責証明書番号 第 ABCDEFG 号	
任意保険（加害者）	保険会社名 / 担当部署		保険会社名 ABC保険株式会社	担当部署 サービスセンター課	
	取扱店所在地 / 電話		〒 999-1111 名古屋市中村区青山町1-1	TEL 052 (961) 4111	
	担当者名 / E-mail		ふりがな ほけん じろう 氏名 保健 次郎	E-mail hoken@gmail.com	
	保険契約者名		ふりがな あいち たろう 氏名 愛知 太郎		
	住所		460-8501 名古屋市中区三の丸3丁目1−2		
	保険期間 / 契約番号		保険期間 令和5 年 2 月 3 日～ 6 年 2 月 3 日	契約番号 第 11AABBCC 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 ABC損害保険	担当部署 損害サポート課	
			担当者氏名 損害 健	TEL 052 (961) 5111	
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間		①診療機関名 半田市民病院	入院 有 / 無	治療開始日 令和 5 年 5 月 1 日 治療終了（見込）5 年 5 月 20 日
	住所 / 電話番号		〒 475-8666 半田市東洋町2丁目29番地	TEL 0569 (22) 9881	
	※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	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了（見込） 年 月 日
			〒	TEL ( )	
			③診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了（見込） 年 月 日
			〒	TEL ( )	
傷病届作成日 / 作成支援の有無			令和 5 年 6 月 1 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、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ご記入下さい。