

# 第三者行為による傷病届

記入例

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 00123456	保険者名 半田市
	保険者の住所(届出先)	〒 475 - 8666 半田市東洋町2丁目1番地	
	世帯主氏名	ふりがな はんだ たろう 氏名 半田 太郎 (印)	個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0
(被保険者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな はんだ はなこ 氏名 半田 花子	男性 / 女性 (女性) 44 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 妻	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) 3111
	備考		
(第三者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな あいち たろう 氏名 愛知 太郎	男性 / 女性 (男性) 73 歳
	住所 / 電話	〒 475 - ×××× 半田市〇〇町××番地	TEL 0569 (21) ××××
事故発生	事故発生日時	令和元年 5月 1日 午前 / (午後) 13 時 30分頃	
	事故発生場所	半田市〇〇町〇〇××番地□□交差点	
自賠償保険(加害者)	保険会社名	〇〇損害保険	
	保険契約者名	ふりがな あいち たろう 氏名 愛知 太郎	
	登録番号	ABC-123456	
	車台番号	名古屋〇〇 あ ××××	
	保険期間 / 自賠償番号	保険期間 ××年××月××日 ~ 〇〇年 〇〇月〇〇日	自賠償番号 第ABCDEFGH号
任意保険(加害者)	保険会社名	△△損害保険	
	取扱店所在地 / 電話	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地	TEL 0569 ( 22 ) ××××
	担当者名 / E-mail	ふりがな △△ 〇〇 氏名 △△ 〇〇	E-mail XXXX @ XXXXXXXX
	保険契約者名	ふりがな あいち たろう 氏名 愛知 太郎	
	住 所	〒 475 - ×××× 半田市〇〇町××番地	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 ××年××月××日 ~ 〇〇年 〇〇月〇〇日	契約番号 11111
	任意対人一括の有無	有 / (無)	
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無 (有)	TEL 〇〇損保 0569 ( 23 ) ××××
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 ××年××月××日 TEL 0569 ( 24 ) ××××
	所在地	〒 475-〇〇×× 半田市〇〇町△×番地	入院の有無 (有)
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇接骨院	治療開始日 ××年××月×〇日 TEL 0569 ( 25 ) ××××
	所在地	〒 475-〇〇〇〇 半田市〇〇町△△番地	入院の有無 (有)

**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。

(自賠償共済、任意共済の場合には、自賠償保険、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。)