

※記載する項目が多いですが、分かる範囲でできるだけ記載してください。どうしても分からないところは記載しなくても構いません(ただし、後日照会させていただく場合があります)。

<記載例>

第三者行為による傷病届

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	被保険者記号・番号 新潟 12-345-67△△△ 保険者名 新潟市			
	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 にいがた いちろう 氏 名 新潟 一郎 〒 950-□□◇◇ 新潟市〇〇区△△町××番地	生年月日 昭和28年 11月 22日 TEL 025(222)12△△		
	住所 / 電話				
(被害者) 被害者	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 にいがた はなこ 氏 名 新潟 花子 〒 950-□□◇◇ 新潟市〇〇区△△町××番地	届出者との関係 妻 生年月日 昭和30年 3月 10日 TEL 025(222)12△△		
	住所 / 電話				
(加害者) 加害者	氏 名	ふりがな にし たろう 氏 名 西 太郎 〒 95×-◇◇△△ 〇〇市△△町××番地			
	住所 / 電話	TEL 025×(24)64◇◇			
事故発生状況	事故発生日時	令和3年 4月 3日 午前 / 午後 11時 10分頃			
	事故発生場所	新潟市〇〇区〇〇〇丁目〇番〇号			
	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)			
自(加害者) 賠償保険	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 〇〇損害保険	ふりがな にし たろう 氏 名 西 太郎		
	登録番号 / 車台番号	登録番号 新潟580 そ 11□□	車台番号 AB12-567△△		
	保険期間 / 自賠償証明書番号	保険期間 令和2年 2月 1日 ~ 令和4年 2月 1日	自賠償証明書番号 第 123-456△△ 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	担当部署 損害サービス課		
	取扱店所在地 / 電話	〒 951-××◇◇ 新潟市中央区〇〇町△丁目□番×号	TEL 025(255)△△□□		
	担当者名 / E-mail	ふりがな そんぽ じろう 氏 名 損保 二郎 E-mail △△sonpo.com			
	保険契約者名	ふりがな にし たろう 氏 名 西 太郎			
	住所	〒 95×-◇◇△△ 〇〇市△△町××番地			
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和3年 2月 1日 ~ 令和4年 2月 1日	契約番号 第 34561△△ 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 ◇◇損害保険	担当部署 新潟サービスセンター		
		担当者氏名 保険 和男	TEL 025(222)33△△		
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 〇〇〇〇病院	入院 (有) / 無	治療開始日 令和3年 4月 3日	
	住所 / 電話番号 ※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。	〒 950-〇〇××	治療終了(見込) 令和3年 5月 1日		
		新潟市〇〇区〇〇丁目□番×号	TEL 025(266)77××		
		② 診療機関名 〇〇医院	入院 (有) / 無	治療開始日 令和3年 5月 6日	
		〒 950-〇〇××	治療終了(見込) 年 月 日		
		新潟市〇〇区〇〇丁目△番□号	TEL 025(266)88◇◇		
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3年 7月 7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		

資格確認書等の番

世帯主

あなた

相手方

相手方が加入している保険の内容

あなたが加入している保険を使用する場合

(注) 本書は、自賠償共済、任意共済の場合、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ご記入ください。