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 筑西　12345678901	保険者名 筑西市		
	保険者の住所(届出先)	308-0000 茨城県筑西市乙〇〇〇番地			
	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	ちくせい　たろう 筑西　太郎　　印		
被害者（受診者）	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名	ちくせい　じろう 筑西　二郎	(男性) / 女性	50 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 子	昭和 50 年 6 月 6 日		
	住所 / 電話	〒 308-0000 茨城県筑西市乙〇〇〇番地		TEL 0296 (24) 0000	
	備　考				
加害者（第三者）	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな いばらき　さぶろう 氏 名　茨城　三郎		(男性) / 女性	40 歳
	住所 / 電話	〒 308-0000 茨城県筑西市丙〇〇〇番地		TEL 0296 (24) 0000	
事故発生	事故発生日時	令和 7 年 4 月 1 日　(午前) / 午後 10 時 15 分頃			
	事故発生場所	茨城県筑西市乙〇△交差点			
自賠責保険（加害者）	保険会社名	△△△保険株式会社			
	保険契約者名	ふりがな いばらき　さぶろう 氏 名　茨城　三郎			
	登録番号	土浦　〇〇〇　し　△△-□□			
	車台番号	ABC〇〇-△△□□			
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 2025 年 〇 月 △ 日　～　2027 年 △ 月〇 日		自賠責番号	
任意保険（加害者）	保険会社名	□□□株式会社			
	取扱店所在地 / 電話	308-0000 茨城県筑西市甲〇〇番地		TEL 0296 (24) 0000	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏 名	いばらき　よんろう 茨城　四郎	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな いばらき　さぶろう 氏 名　茨城　三郎			
	住　　所	〒 308-0000 茨城県筑西市丙〇〇〇番地			
	保険期間 / 契約番号	保険期間 2025 年 〇 月 △ 日　～　2027 年 △ 月〇 日		契約番号	
	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	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△クリニック		治療開始日　△年　〇月　□日 0296 (24) 0000	
	所 在 地	〒 308-0000 筑西市甲〇〇番地		入院の有無 (有) / 無	
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名		治療開始日　年　月　日 TEL　(　　)	
	所 在 地	〒		入院の有無	有 / 無

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。)