

# 第三者行為による傷病届

記載例

| 項 目              |                                     | 内 容                                                                                          |                                                                |
|------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| あなた<br>(被保険者名等)  | 被保険者記号・番号 / 保険者名                    | 被保険者記号・番号<br>●●●●●●                                                                          | 保険者名<br>○○○市                                                   |
|                  | 届出者情報<br>※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<br>ふりがな にいがた たろう<br>氏 名 新潟 太郎<br>〒○○○-○○○<br>○○○市△△△町□□□番地                         | 生年月日<br>●● 年 ● 月 ● 日<br>TEL<br>012(345) 6789                   |
|                  | 住所 / 電話                             | 住所 / 電話<br>○○○市△△△町□□□番地                                                                     | TEL<br>012(345) 6789                                           |
| (被害者)            | 氏名 / 続柄 / 生年月日                      | 氏 名<br>ふりがな えちご ゆきこ<br>氏 名 越後 雪子<br>〒○○○-○○○<br>●●●市▲▲▲町■●■番地                                | 生年月日<br>年 月 日<br>TEL<br>( )                                    |
|                  | 住所 / 電話                             | 住所 / 電話<br>●●●市▲▲▲町■●■番地                                                                     | TEL<br>( )                                                     |
| 相手方<br>(加害者)     | 氏 名                                 | 氏 名<br>ふりがな えちご ゆきこ<br>氏 名 越後 雪子<br>〒○○○-○○○<br>●●●市▲▲▲町■●■番地                                | TEL<br>987(654) 3210                                           |
|                  | 住所 / 電話                             | 住所 / 電話<br>●●●市▲▲▲町■●■番地                                                                     | TEL<br>987(654) 3210                                           |
|                  | 事故発生状況                              | 事故発生日時<br>令和3 年 7 月 11 日 午前 / (午後) 1 時 20 分頃                                                 | 事故発生場所<br>□□□市☆☆☆町888                                          |
| 相手方が加入している保険内容   | 自賠責保険                               | 保険会社名 / 保険契約者名<br>☆☆☆損害保険会社                                                                  | 登録番号 / 車台番号<br>▲▲55 は 5555                                     |
|                  | 任意保険 (加害者)                          | 保険会社名 / 担当部署<br>☆☆☆海上火災保険会社                                                                  | 取扱い店所在地 / 電話<br>○○○市△△△町□□□3456-7                              |
|                  | 任意保険 (加害者)                          | 担当者名 / E-mail<br>ふりがな そんぼ まもる<br>氏 名 損保 守                                                    | 任意対人一括の有無<br>(有) / 無                                           |
| あなた側の任意保険を使う場合   | 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<br>有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> | 任意対人一括の有無<br>(有) / 無                                           |
|                  | 治療状況                                | ① 診療機関名 / 入院 / 治療期間<br>新潟県立●●●●●●病院<br>〒○○○-○○○<br>□□□市☆☆☆町123                               | ② 診療機関名 / 入院 / 治療期間<br>○○○整形外科クリニック<br>〒○○○-○○○<br>□□□市☆☆☆町456 |
|                  | 治療状況                                | ③ 診療機関名 / 入院 / 治療期間<br>○○○整形外科クリニック<br>〒○○○-○○○<br>□□□市☆☆☆町456                               | ④ 診療機関名 / 入院 / 治療期間<br>○○○整形外科クリニック<br>〒○○○-○○○<br>□□□市☆☆☆町456 |
| 傷病届作成日 / 作成支援の有無 |                                     | 令和3 年 7 月 20 日                                                                               |                                                                |

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、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ください。

事故証明書を基に分かる範囲で記載します

相手方の人の任意保険情報を分かる範囲で記載します