

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	保険者名
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>		ふりがな 氏名 〒	生年月日 年 月 日 TEL ()
	氏名 / 生年月日	住所 / 電話		
(被 害 者) 加 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日		ふりがな 氏名 〒	届出者との関係 生年月日 年 月 日 TEL ()
	住所 / 電話			
(第 三 者) 加 害 者	氏名		ふりがな 氏名 〒	TEL ()
	住所 / 電話			
事 故 発 生 状 況	事故発生日時		年 月 日	午前 / 午後 時 分頃
	事故発生場所			
	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 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名		保険会社名	ふりがな 氏名
	登録番号 / 車台番号		登録番号	車台番号
	保険期間 / 自賠責証明書番号		保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号 第 号
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署		保険会社名	担当部署
	取扱店所在地 / 電話		〒	TEL ()
	担当者名 / E-mail		ふりがな 氏名 〒	E-mail
	保険契約者名		ふりがな 氏名 〒	
	住所		〒	
	保険期間 / 契約番号		保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号 第 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		<small>関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/></small>		保険会社名 担当部署 担当者氏名 TEL ()
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間		① 診療機関名	入院 有 / 無
	住所 / 電話番号		〒	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日 TEL ()
	<small>※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。</small>		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		年 月 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、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。

記載例

第三者行為による傷病届

届出者の情報を記入して下さい。

過失の大小に関わらず、あなたが被害者となります。※被害者が届出者と同様の場合はチェック欄に記入をお願いします。その場合は氏名等の欄は記入不要です。

相手者（運転手・加害者）の情報を記入して下さい（交通事故の相手側、犬咬み等による犬の飼主、喧嘩の相手側等）。

相手（加害者）が加入している自賠責保険の情報を記入して下さい。※車台番号は車検証に記載されています。

相手（加害者）が加入している任意保険の情報を記入します。

あなたが加入している任意保険の人身傷害保険等での対応の有無について記入して下さい。

事故の治療を受けている病院について記入して下さい。

傷病届を作成された日を記載して下さい。

項 目		内 容	
届出者 (被保険者名)	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 11223345	保険者名 宮崎県後期高齢者医療広域連合
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>	ふりがな とうき たろう 氏名 後期 太郎 〒 880-0000 住所 / 電話 宮崎市0002丁目3番地	生年月日 昭和12年 8月 1日 TEL 0985(11)2345
	被診者 (受診者)	ふりがな 氏名 〒	届出者との関係 生年月日 年 月 日 TEL ()
加害者 (第三者)	氏名	ふりがな とうき はなこ 氏名 後期 花子 〒 880-0000 住所 / 電話 宮崎市△△△町5555番地2	TEL 0985(34)0000
	事故発生状況	事故発生日時 令和3年 1月 10日 午前 / 午後 6時 35分頃 事故発生場所 宮崎県下原町231番地1先路上 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)	<input type="checkbox"/>
自賠責 (加害者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 〇〇〇〇保険 登録番号 宮崎330 あ 1245	ふりがな とうき はなこ 氏名 後期 花子 車台番号 AB-0123-456789
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 令和元年 10月 10日 ~ 令和4年 10月 10日	自賠責証明書番号 第 118987654 号
	任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 △△△△保険 〒 880-0000 宮崎市△△△7丁目5番地2
取扱店所在地 / 電話		ふりがな みやざき 氏名 宮崎	E-mail
担当者名 / E-mail		ふりがな とうき はなこ 氏名 後期 花子 〒 880-0000 住所 宮崎市△△△町5555番地2	TEL
保険契約者名		保険期間 令和2年 5月 20日 ~ 令和3年 5月 20日	契約番号 MO011223344 号
住所		任意対人一括の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	
任意対人一括の有無			
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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 担当者氏名	担当部署 TEL ()
	治療 状況	① 診療機関名 / 入院 / 治療期間 〇〇〇〇病院 〒 880-0000 宮崎市〇〇〇2丁目3番地1	入院 有 / 無 <input checked="" type="radio"/> 有 治療開始日 令和3年 1月 10日 治療終了(見込) 年 月 日
② 診療機関名 △△△△整形外科 〒 880-0000 宮崎市〇〇〇3丁目3番地		入院 有 / 無 <input checked="" type="radio"/> 有 治療開始日 令和3年 3月 12日 治療終了(見込) 年 月 日	TEL 0985(11)3456
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 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 <input type="checkbox"/>

連絡のつく電話番号(携帯を含む)を記入して下さい。

必要事項を記入して下さい(交通事故の場合は事故証明書を参考に記入)。また、労災保険の対象でないことを確認のうえ、チェック欄の記入をお願いします。

記入の仕方でおわかりにならないところは空欄にして
広域連合事務局の担当窓口へお尋ねください。

後期の保険証を使用して治療を始めた日を記入して下さい。治療終了日(見込)については可能な範囲で記入してください。

損保会社の支援を受けて、届出書を作成した場合はチェック欄の記載をお願いします。

(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。