

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	
	※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	届出者情報 氏名 / 生年月日	ふりがな 氏名 TEL ()	生年月日 年 月 日
		住所 / 電話	〒	
(受 診 者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名 TEL ()	届出者との関係 生年月日 年 月 日	
	住所 / 電話	〒	TEL ()	
(第 三 者) 加 害 者	氏名	ふりがな 氏名 TEL ()		
	住所 / 電話	〒	TEL ()	
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)		<input type="checkbox"/>
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 TEL ()	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	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 TEL ()	担当部署	
		担当者氏名	TEL ()	
治 療 状 況	※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。	① 診療機関名 TEL ()	入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日	
		住所 / 電話番号	〒	TEL ()
		② 診療機関名 TEL ()	入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日	
		③ 診療機関名 TEL ()	入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日	
		住所 / 電話番号	〒	TEL ()
		④ 診療機関名 TEL ()	入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日	
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 <input type="checkbox"/>	

(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。

加害者側の保険会社を判断する重要な書類です。
できるだけ正確な情報をご記入ください。

三者行為による傷病届

【記入例】

		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 0000123456	保険者名 調布市	
	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	ふりがな 氏名 〒 182-0000 調布市〇〇町〇丁目〇〇番地〇〇	かいてい いちろう 介護 一郎 昭和45年 1月 1日 TEL 042(481)0000	
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	被害者本人		
(受診者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名 〒 182-0000 調布市〇〇町〇丁目〇〇番地〇〇	届出者との関係 生年月日 TEL 本人 昭和45年 1月 1日 042(481)0000	
	住所 / 電話			
(第三者) 加害者	氏名	ふりがな 氏名 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地〇〇	「交通事故証明書」の記載内容と一致しているか確認してください TEL 03(〇〇〇〇)〇〇〇〇	
	住所 / 電話			
事故発生状況	事故発生日時	令和6年 10月 1日	午前 / 午後 1時 30分頃	
	事故発生場所	△△市△△町△△丁目△△番地△△		
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の対象ではありません。 (※交通事故証明書の加害者の「自賠責保険関係」欄の保険会社をご記入ください)	<input checked="" type="checkbox"/>	
自賠責(加害者)保険	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 〇〇海上火災保険株式会社	ふりがな 氏名 EX66-6666 かいてい はなこ 加害 花子	
	登録番号 / 車台番号	登録番号 ▲▲55は5555	車台番号	
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 令和6年 1月 1日 ~ 令和8年 12月 31日	自賠責証明書番号 第 000000000 号	
任意保険(加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 ●●●●損害保険株式会社	担当部署 〇〇〇部〇〇〇課	
	取扱店所在地 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 ●●区●●町●●丁目●●番地●●	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 ほけん たろう 保険 太郎	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏名 かいてい はなこ 加害 花子		
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地〇〇		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和6年 4月 1日 ~ 令和9年 3月 31日	契約番号 第 000000000 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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 ◇◇◇損害保険株式会社	担当部署 △△△部△△△課	
		担当者氏名 保険 花子	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 ●●病院	入院 治療開始日 令和6年 10月 1日 有 / 無 治療終了(見込) 年 月 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。	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 ■■市■■町■■丁目■■番地■■	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	
	介護サービスを受けている場合は事業所等をご記入ください。治療開始は、サービス開始日と読み替えてください。	〇〇ケアセンター	182-0000 調布市〇〇町〇丁目〇番地〇	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
		② 診療機関名	△△訪問看護リハビリステーション	入院 治療開始日 令和7年 8月 1日 有 / 無 治療終了(見込) 年 月 日
		③ 診療機関名	△△訪問看護リハビリステーション	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
		〒 182-0000 調布市△△町△丁目△番地△		
傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和7年 11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 checked="" type="checkbox"/>		

(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。