

第三者行為による傷病届

項目		内容			
(被 届 出 者 名 等)	被保険者記号・番号 / 保険者名 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	被保険者記号・番号 ふりがな 氏名 〒	保険者名 生年月日 年月日 TEL ()		
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒	届出者との関係 生年月日 年月日 TEL ()		
	氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒			
(被 害 診 者 者)	氏名 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒	届出者との関係 生年月日 年月日 TEL ()		
(加 害 三 者 者)	氏名 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒	TEL ()		
	事故発生日時	年月日	午前 / 午後	時 分頃	
	事故発生場所				
事故発生状況	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	保険会社名 / 保険契約者名 登録番号 / 車台番号	保険会社名 登録番号	ふりがな 氏名 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 取扱店所在地 / 電話	保険会社名 〒	担当部署 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」の場合には右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	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 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。	① 診療機関名 〒	入院 有 / 無	治療開始日 治療終了(見込)	年月日 年月日
		② 診療機関名 〒	入院 有 / 無	治療開始日 治療終了(見込)	年月日 年月日
		③ 診療機関名 〒	入院 有 / 無	治療開始日 治療終了(見込)	年月日 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 届 出 者 名 等)	被保険者記号・番号 / 保険者名 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	被保険者記号・番号 0000123456 ふりがな 氏名 介護 一郎 住所 / 電話 調布市〇〇町〇丁目〇〇番地〇〇	保険者名 調布市 かいご いちろう 介護 一郎 被害者本人 生年月日 昭和45年 1月 1日 TEL 042(481)〇〇〇〇	
	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 氏名 介護 一郎 〒 182-〇〇〇〇 調布市〇〇町〇丁目〇〇番地〇〇	生年月日 昭和45年 1月 1日 TEL 042(481)〇〇〇〇	
(被 受 診 者 者)	氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな 氏名 介護 一郎 〒 182-〇〇〇〇 調布市〇〇町〇丁目〇〇番地〇〇	届出者との関係 本人 生年月日 昭和45年 1月 1日 TEL 042(481)〇〇〇〇	
	氏名 住所 / 電話	ふりがな 氏名 かがい はなこ 加害 花子 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 □□市□□町□丁目□□番地□□	「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	
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、労災保険の対象外です。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		
自 賠 責 保 険	保険会社名 / 保険契約者名 登録番号 / 車台番号 保険期間 / 自賠責証明書番号	保険会社名 ○○海上火災保険株式会社 登録番号 ▲▲55は5555 保険期間 令和6 年 1 月 1 日 ~ 令和8 年 12 月 31 日	ふりがな 氏名 かがい はなこ 加害 花子 車台番号 EX66-6666 自賠責証明書番号 第 0000000000 号	
	保険会社名 / 担当部署 取扱店所在地 / 電話 担当者名 / E-mail	保険会社名 ●●●損害保険株式会社 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 ●●区●●町●丁目●●番地●● ふりがな 氏名 ほけん たろう 保険 太郎	担当部署 〇〇〇部〇〇〇課 TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇 E-mail	
	保険契約者名 住所 保険期間 / 契約番号	ふりがな 氏名 かがい はなこ 加害 花子 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 □□市□□町□丁目□□番地□□ 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 0000000000 号	
任意保険 (加害者)	任意対人一括の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		
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 担当者氏名 保険 花子	担当部署 △△△部△△△課 TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	
	診療機関名 / 入院 / 治療期間 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。	① 診療機関名 ●●病院 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 ■■市■■町■丁目■番地■ ② 診療機関名 〇〇ケアセンター 182-〇〇〇〇 調布市〇〇町〇丁目〇番地〇 ③ 診療機関名 △△訪問看護リハビリステーション 〒 182-〇〇〇〇 調布市△△町△丁目△番地△	入院 有 / 無 治療開始日 令和6 年 10 月 1 日 治療終了(見込) 年 月 日 TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇 治疗开始日 令和7 年 8 月 1 日 治疗结束(见込) 年 月 日 TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇 治疗开始日 令和7 年 8 月 1 日 治疗结束(见込) 年 月 日 TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	
治療状況	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。	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"/>		
傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和7 年 11 月 1 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。