

【見本】

第三者行為による傷病届

項 目		内 容	
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 31 - ○○○○○○○○	保険者名 神奈川県医師国民健康保険組合
	保険者住所	〒 231-0037 神奈川県横浜市中区富士見町3-1 神奈川県総合医療会館4階	
	組合員氏名	ふりがな こくほ たろう 氏 名 国保 太郎 印	
(受診者) 被害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな こくほ はなこ 氏 名 国保 花子	男性 / 女性 ☒ 女性 ○○歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 娘	○ 年 ○ 月 ○ 日
	住所 / 電話	〒 ▲▲市▲▲▲123-1	TEL ()
	備 考		
(加害者) 第三者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな かながわ いちろう 氏 名 神奈川 一郎	男性 / 女性 ☒ 男性 ○○歳
	住所 / 電話	〒 ▲▲市▲▲▲123-1	TEL ()
事故発生	事故発生日時	年 ○ 月 ○ 日 ☒ 午前 / 午後 10 時 30 分頃	
	事故発生場所	▲▲市★★6-2	
自賠責保険 (加害者)	保険会社名	○○海上火災保険会社	
	保険契約者名	ふりがな かながわ いちろう 氏 名 神奈川 一郎	
	登録番号	▲▲55は5555	
	車台番号	EX66-666	
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 ○ 月 ○ 日 ~ 年 ○ 月 ○ 日	自賠責番号 AA-2222
任意保険 (加害者)	保険会社名	●●●●損保保険会社	
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL ()
	担当者名 / E-mail	ふりがな やまと さぶろう 氏 名 大和 三郎	E-mail
	保険契約者名	ふりがな かながわ いちろう 氏 名 神奈川 一郎	
	住 所	〒 ▲▲市○○5531	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 ○ 月 ○ 日 ~ 年 ○ 月 ○ 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 ★★協同組合 損保 花子
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 ●●病院	治療開始日 年 ○ 月 ○ TEL ○○○ (▲▲▲) □□□□
	所 在 地	〒 ▲▲市■ 27-1	入院の有無 ☒ 有 ☐ 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 ●●診療所	治療開始日 年 ○ 月 ○ TEL ●●● (▲▲▲) ■■■■
	所 在 地	〒 ◆◆市▽▽10-5	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。)

第三者行為による傷病届

項 目		内 容			
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 31 -		保険者名 神奈川県医師国民健康保険組合	
	保険者住所	〒 231-0037 神奈川県横浜市中区富士見町3-1 神奈川県総合医療会館4階			
	組合員氏名	ふりがな 氏 名 印			
(受診者) 被害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名		男性 / 女性	歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係		年 月 日	
	住所 / 電話	〒		TEL ()	
	備考				
(第三者) 加害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名		男性 / 女性	歳
	住所 / 電話	〒		TEL ()	
事故発生	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃			
	事故発生場所				
自賠責保険 (加害者)	保険会社名				
	保険契約者名	ふりがな 氏 名			
	登録番号				
	車台番号				
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日		自賠責番号	
任意保険 (加害者)	保険会社名				
	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	
	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		治療開始日 年 月 日	
				TEL ()	
	所 在 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。)