

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	被保険者記号・番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	保険者名 岐阜市
	届出者情報 ※世帯主の 情報を記入	フリガナ コクホ イチロウ 氏名 国保 一郎 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 岐阜市〇〇町〇丁目〇	生年月日 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日 TEL 058(〇〇〇)〇〇〇〇
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	フリガナ コクホ イチロウ 氏名 国保 一郎 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 岐阜市〇〇町〇丁目〇	届出者との関係 本人 生年月日 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日 TEL 058(〇〇〇)〇〇〇〇
(被 害 者)	氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話	フリガナ ギフ ハナコ 氏名 岐阜 花子 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 岐阜市〇〇町〇丁目〇	生年月日 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日 TEL 058(〇〇〇)〇〇〇〇
(第 三 者)	氏 名 住所 / 電話	フリガナ ギフ ハナコ 氏名 岐阜 花子 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 岐阜市〇〇町〇丁目〇	TEL 058(〇〇〇)〇〇〇〇
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	〇〇〇〇年 〇 月 〇 日 (午前) / 午後 〇 時 〇〇 分頃	
	事故発生場所 労災保険対象の確認	岐阜市〇〇町〇丁目〇 付近 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 checked="" type="checkbox"/>	
自 賠 責 保 険	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 〇〇〇〇保険(株)	フリガナ ギフ ハナコ 氏名 岐阜 花子
	登録番号 / 車台番号	登録番号 〇〇55は5555	車台番号 EX-66-6666
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日 ~ 〇〇〇〇年 〇 月 〇 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 〇〇保険会社(株)	担当部署
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL ()
	担当者名 / E-mail	フリガナ サンカク タロウ 氏名 ΔΔ 太郎	E-mail
	保険契約者名	フリガナ ギフ ハナコ 氏名 岐阜 花子	
	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 担当部署 担当者氏名	TEL ()
	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 〇〇病院 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇	入院 有 / 無 治療開始日 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日 治療終了(見込) 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日
治 療 状 況	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	〇〇〇〇年 〇 月 〇 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。