

記載例/市町村

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。※国保の場合は世帯主の方の情報となります。

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一場合はチェック欄の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い主、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て下さい。

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入して下さい。

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 13572468 保険者名 宮崎市
	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 ことほ たろう 氏名 国保 太郎 〒 880-0000 住所 / 電話 宮崎市0002丁目3番地
被害者(受診者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな ことほ じろう 氏名 国保 次郎 〒 880-0000 住所 / 電話 宮崎市0003丁目5番地
	届出者の情報と同じ場合はチェック <input type="checkbox"/>	届出者との関係 子 生年月日 平成15年 12月 5日 TEL 0985(12)3456
加害者(第三者)	氏名	ふりがな こうき はじめ 氏名 後期 ー
	住所 / 電話	〒 880-0000 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	宮崎山下原町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	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ○○○○保険 氏名 後期 ー
	登録番号 / 車台番号	登録番号 宮崎330 あ 1245 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 担当部署 保険金サービス第1課
	取扱店所在地 / 電話	〒 880-0000 宮崎市△△△7丁目5番地2 TEL 0985(11)7777
	担当者名 / E-mail	ふりがな みやざき 氏名 宮崎 E-mail ()
	保険契約者名	ふりがな こうき はじめ 氏名 後期 ー
	住所	〒 880-0000 宮崎市△△△町5555番地2
	保険期間 / 契約番号	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
	任意対人一括の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 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 ()
	治療状況	① 診療機関名 / 入院 / 治療期間
住所 / 電話番号		〒 880-0000 宮崎市0002丁目3番地1 TEL 0985(55)2222
※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。		② 診療機関名 △△△△整形外科 入院 <input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無 治療開始日 令和3年 3月 12日 治療終了(見込) 年 月 日
傷病届作成日 / 作成支援の有無	③ 診療機関名	〒 880-0000 宮崎市0003丁目3番地 TEL 0985(11)3456
	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市町村の国保の担当窓口へお尋ねください。

国保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ご記入ください。

損害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。

記載例/国保組合

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。※国保の場合は世帯主の方の情報となります。

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じ場合はチェック欄の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い主、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て下さい。

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入して下さい。

項目	内容	
届出者(被保険者名) <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>	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 13572468 保険者名 ○○国民健康保険組合
	届出者情報 氏名 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな かくほ たろう 氏名 国保 太郎 〒 880-0000 宮崎市○○○2丁目3番地 生年月日 昭和48年 3月 10日 TEL 0985(11)2345
被害者(受診者) <small>届出者の情報と同じ場合はチェック</small>	氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな かくほ じろう 氏名 国保 次郎 〒 880-0000 宮崎市○○○3丁目5番地 届出者との関係 子 生年月日 平成15年 12月 5日 TEL 0985(12)3456
	加害者(第三者) 氏名 住所 / 電話	ふりがな こうき はじめ 氏名 後期 ー 〒 880-0000 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	宮崎山下原町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	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ○○○○保険 ふりがな こうき はじめ 氏名 後期 ー
	登録番号 / 車台番号	登録番号 宮崎330 あ 1245 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 担当部署 保険金サービス第1課
	取扱店所在地 / 電話	〒 880-0000 宮崎市△△△7丁目5番地2 TEL 0985(11)7777
	担当者名 / E-mail	ふりがな みやざき 氏名 宮崎 E-mail
	保険契約者名	ふりがな こうき はじめ 氏名 後期 ー
	住所	〒 880-0000 宮崎市△△△町5555番地2
	保険期間 / 契約番号	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
	任意対人一括の有無	有 / 無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 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 TEL ()
	治療状況 <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>	① 診療機関名 / 入院 / 治療期間
住所 / 電話番号		〒 880-0000 宮崎市○○○2丁目3番地1 TEL 0985(55)2222
② 診療機関名		② 診療機関名 △△△△整形外科 入院 有 / 無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 治療開始日 令和3年 3月 12日 治療終了日(見込) 年 月 日
		〒 880-0000 宮崎市○○○3丁目3番地 TEL 0985(11)3456
	③ 診療機関名	③ 診療機関名 入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了日(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
国保組合の担当窓口へお尋ねください。

国保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ご記入ください。

損害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。