

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 99-9999 / 保険者名 三重県自動車販売健康保険組合	
	届出者情報 <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>	氏名 / 生年月日	ふりがな ほ けん た ろう 氏名 保 険 太 郎 〒 514-0303	生年月日 1978 年 1 月 1 日 TEL 059 (000) 0000
		住所 / 電話	三重県津市〇〇〇町字〇〇〇0000番0	
(組 合 員) 組 合 員	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな ほ けん はな こ 氏名 保 険 花 子 〒 460-0002	届出者との関係 長女 生年月日 2007 年 12 月 12 日 TEL 000 (0000) 0000	
	住所 / 電話	愛知県名古屋市中区丸の内00-00-00		
(第 三 者) 相 手 側	氏 名	ふりがな く み あ い か ず お 氏名 組 合 一 男 〒 460-0002	TEL 999 (9999) 9999	
	住所 / 電話	愛知県名古屋市中区丸の内99-00-00		
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	令和 4 年 9 月 9 日 午前 / 午後 10 時 10 分頃		
	事故発生場所	愛知県名古屋市中区丸の内99-99-99		
	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 checked="" type="checkbox"/>		
自 賠 責 保 険 (相 手 方)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 〇〇損害保険株式会社	ふりがな く み あ い か ず お 氏名 組 合 一 男	
	登録番号 / 車台番号	登録番号 三重 333 〇 0000	車台番号 〇〇〇-0000	
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 令和 4 年 1 月 1 日 ~ 令和 6 年 1 月 1 日	自賠責証明書番号 第 〇〇〇-0000 号	
任 意 保 険 (相 手 方)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 〇〇損害保険株式会社	担当部署 〇〇サービスセンター 第〇課	
	取扱店所在地 / 電話	〒 461-0001 愛知県名古屋市中区丸の内99-00-00	TEL 000 (000) 0000	
	担当者名 / E-mail	ふりがな そ ん が い じ ろう 氏名 損 害 次 郎	E-mail 0000@〇〇.〇.co.jp	
	保険契約者名	ふりがな く み あ い か ず お 氏名 組 合 一 男		
	住所	〒 460-0002 愛知県名古屋市中区丸の内99-00-00 <input checked="" type="checkbox"/>		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和 4 年 1 月 1 日 ~ 令和 5 年 1 月 1 日	契約番号 第 〇〇〇-0000 号	
任意対人一括の有無	→ 有 / 無			
組合員加入の保険会社の関与	<small>関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入</small> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 〇〇保険株式会社	担当部署 〇〇センター 第〇部 第〇課	
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 〇〇病院	入院 有 / 無 治療開始日 令和4 年 9 月 9 日 治療終了(見込) 令和4 年 9 月 12 日	
	住所 / 電話番号	〒 460-0002 愛知県名古屋市中区丸の内11-11-11	TEL 999 (999) 0000	
	※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 〇〇整形外科	入院 無 / 有 治療開始日 令和4 年 9 月 12 日 治療終了(見込) 年 月 日	
		〒 460-0002 愛知県名古屋市中区丸の内22-22-22	TEL 111 (111) 1111	
	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	2022 年 9 月 12 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。