|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号（局使用欄） | 　　　－ |
| 第三者行為による傷病届第15号 |
| 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 | 記号なし | 番号 | 保険者名 |
| 届出者情報※世帯主の情報を記入 | 氏名／生年月日 | ふりがな |  | 生年月日名古屋市　　　　区年　　月　　日 |
| 氏 名 |  |
| 住所／電話 | 〒 | ＴＥＬ |
| （受診者）被害者 | 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 |  | 届出者との関係 | 生年月日年　　月　　日 |
| 氏 名 |  |
| 住所／電話 | 〒 | ＴＥＬ |
| （第三者）加害者 | 氏　名 | ふりがな |  |
| 氏 名 |  |
| 住所／電話 | 〒 | ＴＥＬ |
| 事故発生状況 | 事故発生日時 | 年　　　　 月　　　　 日　　　　 午前／午後　　　　　 時　　　　 分頃 |
| 事故発生場所 |  |
| 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） | □ |
| （加害者）自賠責保険 | 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 | 登録番号 | 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 |
| （加害者）任意保険 | 保険会社名／担当部署 | 保険会社名 | 担当部署 |
| 取扱店所在地／電話 | 〒 | ＴＥＬ |
| 担当者名 | ふりがな |  |
| 氏 名 |  |
| 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」の場合は右欄を記入有□ 無□ | 保険会社名 | 担当部署 |
| 担当者名 | ＴＥＬ |
| 治療状況 | 診療機関名／入院／治療期間 | ① 診療機関名 | 入　院 | 治療開始日 | 年　　 月　 　日 |
| 有 ／ 無 | 治療終了日（見込） | 年　 　月　 　日 |
| 所在地／電話 | 〒 | ＴＥＬ |
| ※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 | 入　院 | 治療開始日 | 年　　 月　 　日 |
| 有 ／ 無 | 治療終了日（見込） | 年　 　月　 　日 |
| 〒 | ＴＥＬ |
| ③ 診療機関名 | 入　院 | 治療開始日 | 年　　 月　 　日 |
| 有 ／ 無 | 治療終了日（見込） | 年　 　月　 　日 |
| 〒 | ＴＥＬ |
| 傷病届作成日／作成支援の有無注意　この書類に次の書類を添付して下さい。　　　ア　同意書　　　イ　交通事故証明書（傷病の原因が交通事故の場合のみ必要）　　　ウ　事故発生状況報告書（傷病の原因が交通事故の場合のみ必要）　　　エ　申立書（傷病の原因が交通事故以外の場合のみ必要）　　　オ　示談書の写し（既に示談している場合のみ必要） | 令和　　　　　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 | □ |
| 受付印（区役所） | 受付者 | 担当者 |
|  |  |  |
|  |