

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	記号 なし	番号 20 123 456	保険者名 名古屋市 〇〇 区		
	届出者 情報	氏名/生年月日	ふりがな こくほ たろう	生年月日		
		氏名	国保 太郎	昭和〇年 〇月 〇日		
	※世帯主 の情報 記入	住所/電話	〒〇〇〇—〇〇〇〇 名古屋市 〇〇区 △△町 □□番地		TEL 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
被害者 (受診者)	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 こくほ いちろう	届出者との関係 長男	生年月日 平成〇年 〇月 〇日	
	住所/電話	<input type="checkbox"/>	氏名 国保 一郎	TEL △△△ (△△△△) △△△△		
加害者 (第三者)	氏 名	ふりがな あいち たろう	氏名 愛知 太郎			
	住所/電話	〒××××—××××× ■■市 ××区 ●●町 △△番地			TEL ××× (××××) ××××	
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	令和××年 ××月 ××日 (午前) 午後 ××時 ××分頃				
	事故発生場所	名古屋市 〇〇区 △△町 ××番地				
	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 (加害者)	保険会社名	××損害保険(株)				
	保険契約者名	ふりがな あいち たろう	氏名 愛知 太郎			
	登録番号/車台番号	登録番号 名古屋わ 〇〇—〇〇	車台番号 〇〇△△△△△△			
	保険期間/自賠責証明書番 号	保険期間 令和〇年 〇月 〇日 ~ 令和△年 △月 △日	自賠責証明書番号 第〇〇〇〇〇〇〇〇号			
任 意 保 険 (加害者)	保険会社名/担当部署	保険会社名 〇〇海上火災保険(株)	担当部署 名古屋第一サービスセンター			
	取扱店所在地/電話	〒□□□—□□□□ 名古屋市 □□区 □□町 □□番地			TEL □□□ (□□□□) □□□□	
	担当者名	ふりがな そんぼ たろう	氏名 損保 太郎			
	保険契約者名	ふりがな あいち たろう	氏名 愛知 太郎			
	住所	〒××××—××××× ■■市 ××区 ●●町 △△番地				
	保険期間/契約番号	保険期間 令和〇年 〇月 〇日 ~ 令和■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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険会社名 〇〇自動車保険(株)	担当部署 名古屋支社			
治 療 状 況	診療機関名/入院/治療期 間 所在地/電話 ※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	入 院 有 / 無	治療開始日 令和××年 ××月 ××日	治療終了日(見込) 年 月 日	
		〒〇〇〇—〇〇〇〇 名古屋市 〇〇区 △△町 △△番地	TEL □□□—〇〇〇〇			
		② 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			
		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××年 ××月 〇〇日	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 checked="" type="checkbox"/>	

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)

受付印(区役所)	受付者	担当者