

鹿沼市長宛

第三者行為による傷病届

項目		内容			
届出者・届出先	被保険者証記号番号/ 保 険 者 名	被保険者証記号番号	保険者名		
	保 険 者 の 住 所 ( 届 出 先 )	〒			
	被 保 険 者 氏 名 ※国民健康保険の場合 は世帯主氏名	ふりがな 氏 名	印		
(受診者) 被害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名	男性 / 女性	歳	
	続き柄 / 生年月日	届出者との関係	年 月 日		
	住 所 / 電 話	〒	TEL ( )		
	個 人 番 号 / 備 考	個人番号	備考		
(第三者) 加害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名	男性 / 女性	歳	
	住 所 / 電 話	〒	TEL ( )		
発 生 事 故	事 故 発 生 日 時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃			
	事 故 発 生 場 所				
(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				
	保 険 期 間 / 自 賠 責 番 号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責番号		
任 意 保 険 (加害者)	保 険 会 社 名				
	取 扱 店 所 在 地 / 電 話	〒	TEL ( )		
	担 当 者 名 / E-mail	ふりがな 氏 名	E-mail		
	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		
	任 意 対 人 一 括 の 有 無	有 / 無			
被 害 者 加 入 の 保 険 会 社 関 与 の 有 無 (注)	有 / 無	保険会社名・担当者名		TEL ( )	
治 療 状 況	診 療 機 関 名 / 治 療 開 始 日 / 電 話	診療機関名	治療開始日 年 月 日	TEL ( )	
	所 在 地	〒	入院の有無	有 / 無	
	診 療 機 関 名 / 治 療 開 始 日 / 電 話	診療機関名	治療開始日 年 月 日	TEL ( )	
	所 在 地	〒	入院の有無	有 / 無	

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。

(注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号及び担当者名を記入してください。  
(自賠責共済又は任意共済の場合には、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記載してください。)