

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 123456	保険者名 鹿沼市
	保 険 者 の 住 所 (届 出 先)	〒 322-8601 鹿沼市今宮町 1688-1	
	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 こくほ はなよ 氏 名 国保 花代	国保
(受診者) 被害者	氏名/性別/年齢	ふりがな こくほ はなよ 氏 名 国保 花代	男性 / 女性 50歳
	続 き 柄 / 生 年 月 日	届出者との関係 本人	S30年 9月 25日
	住 所 / 電 話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 鹿沼市△△町□丁目〇〇番地	TEL 111 (222)5555
(第三者) 加害者	個人番号/備考	個人番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇	備考
	氏名/性別/年齢	ふりがな あいて じろう 氏 名 相手 次郎	男性 / 女性 45歳
発 生 事 故	住 所 / 電 話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 鹿沼市□□町□丁目〇	TEL 000 (333)1111
	事 故 発 生 日 時	平成29年 2月 15日 午前 / 午後 2時 00分頃	
(加害者) 自賠責保険	事 故 発 生 場 所	〇〇市〇〇町△丁目	
	保 險 会 社 名	〇〇〇海上火災保険株式会社	
	保 険 契 約 者 名	ふりがな あいて じろう 氏 名 相手 次郎	
	登 録 番 号	宇都宮 500 こ 1234	
任 意 保 険 (加害者)	車 台 番 号		
	保 險 期 間 / 自 賠 責 番 号	保 險 期 間 年 月 日 ~ 年 月 日	自 賠 責 番 号 A12345678
	保 險 会 社 名	●●●海上火災保険株式会社	
	取 扱 店 所 在 地 / 電 話	〒	TEL ()
	担 当 者 名 / E-mail	ふりがな 氏 名	E-mail
	保 險 契 約 者 名	ふりがな 氏 名	
被 害 者 加 入 の 保 險 会 社 関 与 の 有 無 (注)	住 所	〒	
	保 險 期 間 / 契 約 番 号	保 險 期 間 年 月 日 ~ 年 月 日	契 約 番 号
	任 意 対 人 一 括 の 有 無	有 / 無	
治 療 状 況	有 / 無	保 險 会 社 名 ・ 担 当 者 名	TEL ()
	診 療 機 関 名 / 治 療 開 始 日 / 電 話	診 療 機 関 名 □□病院	治 療 開 始 日 平成29年 2月 15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 △△整骨院	治 療 開 始 日 平成29年 3月 1日 TEL ()
所 在 地	〒	入 院 の 有 無 有 / 無	

【記載必須】
被保険者証の記号番号、保険者等名、被保険者の氏名(国民健康保険の場合は世帯主氏名)、を記載し押印します。

【記載必須】
被保険者の氏名、性別、年齢、住所、電話番号、個人番号(マイナンバー)を記載します。

【記載必須】
相手方の氏名、性別、年齢、住所、電話番号を記載します。

【記載必須】
事故の発生日時、時間、発生場所を記載します。(交通事故の場合は、交通事故証明書を基に記載します。)

交通事故の場合、相手方の自賠責保険の情報について交通事故証明書を基に記載します。

相手方の任意保険の情報について分かる範囲で記載します。

被保険者の任意保険の情報について分かる範囲で記載します。

治療状況について分かる範囲で記載します。
※自費診療の場合は代位請求権が発生しません。

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。)