

鹿沼市長宛

第三者行為による傷病届				
項目		内容		
(被保険者名等) 届出者名	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 500-123456	保険者名 鹿沼市	
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	氏名 / 生年月日	ふりがな こくほ はなよ 氏名 国保 花代	生年月日 平成〇年〇月〇日
		住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 鹿沼市△△町〇丁目〇〇番地	TEL 1111(22)3333
(被害者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名 〒	届出者との関係 生年月日 年 月 日	
	住所 / 電話	〒	TEL ()	
(加害者) 加害者	氏名	ふりがな あいて じろう 氏名 相手 次郎	TEL	
	住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 ××市〇〇町〇丁目△△番地	9999(88)7777	
事故発生状況 事故発生状況	事故発生日時	令和〇年〇月〇日 午前 / 午後 2時0分頃		
	事故発生場所	〇〇市△△町〇〇丁目		
	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)		
自賠責(加害者)保険 自賠責保険	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 〇〇海上火災保険株式会社	ふりがな あいて じろう 氏名 相手 次郎	
	登録番号 / 車台番号	登録番号 宇都宮***〇△△△△	車台番号 △△△〇〇-11111	
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日	自賠責証明書番号 第 ***** 号	
任意保険(加害者) 任意保険	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 △△損害保険株式会社	担当部署 ◇◇部〇〇課	
	取扱店所在地 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 ××市〇〇町〇〇丁目〇〇ビル1F	TEL 0000(22)4444	
	担当者名 / E-mail	ふりがな ほけん よしこ 氏名 保険 良子	E-mail *****@*****	
	保険契約者名	ふりがな あいて じろう 氏名 相手 次郎		
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 ××市〇〇町〇丁目△△番地		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日	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 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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	保険会社名 担当部署	担当者氏名 TEL ()	
	治療状況 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 令和〇年〇月〇日 治療終了(見込) 年 月 日
住所 / 電話番号 ※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。		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町△△丁目	TEL 3333(22)1111	
		② 診療機関名 〇〇整骨院	入院 有 / (無) 治療開始日 令和〇年〇月〇日 治療終了(見込) 年 月 日	
〒 〇〇〇-〇〇〇〇 ◇◇市△△町〇〇丁目		TEL 4444(55)6666		
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	令和〇年〇月〇日	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) 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。