

第三者行為による傷病届

項 目		内 容	
(被 届 出 者 者 名 等)	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 朝霞-00000	
	届出者情報	保険者名 朝霞市	
	氏名 / 生年月日	ふりがな ●● ●● 氏 名 ●● ●●	
	住所 / 電話	〒 351-0000 朝霞市本町0-0-0	
(被 害 者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな ●● ●● 氏 名 ●● ●●	
	住所 / 電話	〒 351-0000 朝霞市本町0-0-0	
	届出者との関係	本人	
	生年月日	昭和00年 0月 0日	
(加 害 者)	氏 名	けんぼ たろう	
	住所 / 電話	TEL 048(824)0000	
	事故発生日時	令和00年 00月 00日 午前 / 午後 00時 00分頃	
	事故発生場所	さいたま市浦和区0-0	
事 故 発 生 状 況	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)	
	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 △△△△△保険会社	
	登録番号 / 車台番号	登録番号 0000000000000000	
	保険期間 / 自賠償証明書番号	保険期間 00年 0月 0日 ~ 00年 0月 0日	
任 意 保 険 (加 害 者)	取扱店所在地 / 電話	TEL 048(000)0000	
	担当者名 / E-mail	E-mail	
	保険契約者名	けんぼ たろう	
	住所	さいたま市浦和区0-0	
	保険期間 / 契約番号	契約番号 00年 0月 0日 ~ 00年 0月 0日	
	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 ☐	
	治療状況	① 診療機関名 O△×病院 ② 診療機関名 〒 ③ 診療機関名 〒	
傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和 00年 0月 0日		

(注) 本書は、自賠償共済、任意共済の場合、自賠償保険、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。