

### 第三者行為による傷病届

0から始まる8ケタの番号です。

項 目		内	
(被保険者名等) 届出者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	保険者名 滋賀県後期高齢者医療広域連合
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>	氏名 / 生年月日 ふりがな <span style="color: red;">こういき たろう</span> 氏名 <span style="color: red;">広域 太郎</span> 〒 520-0000 住所 / 電話 <span style="color: red;">滋賀県〇〇市△△町××-××</span>	生年月日 <span style="color: red;">昭和〇〇年△△月××日</span> TEL <span style="color: red;">077 ( △△△ ) × × × ×</span>
(受診者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名 〒	生年月日
	住所 / 電話	届出者の情報と同じ場合はチェックを入れて被害者欄は空欄になります。	
(第三者) 加害者	氏 名	ふりがな <span style="color: blue;">しが はなこ</span> 氏名 <span style="color: blue;">滋賀 花子</span>	
	住所 / 電話	〒 520-0000 <span style="color: blue;">滋賀県〇〇市△△町××-××</span>	TEL <span style="color: blue;">077 ( △△△ ) × × × ×</span>
事故発生状況	事故発生日時	〇〇年△△月××日 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">午前</span> / 午後〇〇時△△分頃	
	事故発生場所	<span style="color: blue;">滋賀県〇〇市△△町××-××</span>	
	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)	
(加害者) 自賠責保険	相手側(加害者)の加入している内容を記入してください。(任意保険も同じです)	名 <span style="color: blue;">〇〇海上火災保険株式会社</span> ふりがな <span style="color: blue;">しが はなこ</span> 氏名 <span style="color: blue;">滋賀 花子</span>	
	登録番号 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">ナンバープレートの番号です。</span>	<span style="color: blue;">滋賀999 あ 〇〇〇〇</span> 自動車検査証に記載されています。	<span style="color: blue;">AB〇〇〇-△△△△</span>
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 <span style="color: blue;">〇〇年△△月××日 ~ 〇〇年△△月××日</span>	自賠責証明書番号 <span style="color: blue;">第 〇〇〇〇 号</span>
任意保険(加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 <span style="color: blue;">△△損害保険株式会社</span>	担当部署
	取扱店所在地 / 電話	〒 520-0000 <span style="color: blue;">滋賀県〇〇市△△町××-××</span>	<span style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">交通事故証明書に記載の「証明書番号」です。</span>
	担当者名 / E-mail	ふりがな <span style="color: blue;">こうき さぶろう</span> 氏名 <span style="color: blue;">後期 三郎</span>	E-mail <span style="color: blue;">〇〇〇〇@〇〇〇〇.〇〇</span>
	保険契約者名	ふりがな <span style="color: blue;">しが はなこ</span> 氏名 <span style="color: blue;">滋賀 花子</span>	
	住所	〒 520-0000 <span style="color: blue;">滋賀県〇〇市△△町××-××</span>	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 <span style="color: blue;">〇〇年△△月××日 ~ 〇〇年△△月××日</span>	契約番号 <span style="color: blue;">第 〇〇〇〇 号</span>
任意対人一括の有無	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">有</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">無</span> <span style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">第三者の任意保険会社にご確認ください。</span>		
被害者加入の保険会社の関与	チェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	<span style="color: red;">△△損害保険株式会社</span> 担当者氏名 <span style="color: red;">後期 二郎</span>	<span style="color: red;">〇〇課</span> TEL <span style="color: red;">077 ( △△△ ) × × × ×</span>
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 <span style="color: red;">〇〇〇〇総合病院</span> 入院 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">有</span> 無 〒 520-0000 <span style="color: red;">滋賀県〇〇市△△町××-××</span>	治療開始日 <span style="color: red;">〇〇年△△月××日</span> 治療終了(見込) <span style="color: red;">〇〇年△△月××日</span>
	住所 / 電話番号	TEL <span style="color: red;">077 ( △△△ ) × × × ×</span>	
	※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。	② 診療機関名 <span style="color: red;">△△△△病院</span> 入院 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">有</span> 無 〒 520-0000 <span style="color: red;">滋賀県〇〇市△△町××-××</span>	治療開始日 <span style="color: red;">〇〇年△△月××日</span> 治療終了(見込) <span style="color: red;">〇〇年△△月××日</span>
	TEL <span style="color: red;">077 ( △△△ ) × × × ×</span>		
	③ 診療機関名 <span style="color: red;">××××医院</span> 入院 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">有</span> 無 〒 520-0000 <span style="color: red;">滋賀県〇〇市△△町××-××</span>	治療開始日 <span style="color: red;">〇〇年△△月××日</span> 治療終了(見込) <span style="color: red;">〇〇年△△月××日</span>	
	TEL <span style="color: red;">077 ( △△△ ) × × × ×</span>		
傷病届作成日 / 作成支援の有無	<span style="color: red;">〇〇年△△月××日</span>		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 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。