

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 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
	保険者の住所(届出先)	〒 520-0044 滋賀県大津市京町4丁目3番28号 0から始まる8ケタの番号です。	
	被保険者氏名 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	ふりがな こういき たろう 氏名 広域 太郎	
(被害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな こういき たろう 氏名 広域 太郎	男性 / 女性 <input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性 印
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 本人	昭和〇〇年△△月××日
	住所 / 電話	〒 520-0000 滋賀県〇〇市△△町××-××	TEL 077(△△△)××××
	備考		
(加害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな しが はなこ 氏名 滋賀 花子	昭和〇〇年△△月××日 男性 / 女性 <input checked="" type="radio"/> 女性 <input type="radio"/> 〇〇歳
	住所 / 電話	〒 520-0000 滋賀県〇〇市△△町××-××	TEL 077(△△△)××××
事故発生	事故発生日時	〇〇年△△月××日 午前 / 午後〇〇時△△分頃	
	事故発生場所	滋賀県〇〇市△△町××-××	
自賠償保険(加害者)	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)		
	保険契約者名	ふりがな しが はなこ 氏名 滋賀 花子	〇〇海上火災保険株式会社
	登録番号	ナンバープレートの番号です。	滋賀999 あ 〇〇〇
	車台番号	自動車検査証に記載されています。	AB〇〇〇-△△△
	保険期間 / 自賠償番号	保険期間 〇〇年△△月××日 ~ 〇〇年△△月××日	自賠償番号 第 〇〇〇〇 号
任意保険(加害者)	保険会社名	△△損害保険株式会社	
	取扱店所在地 / 電話	〒 520-0000 滋賀県〇〇市△△町××-××	TEL 077(△△△)××××
	担当者名 / E-mail	ふりがな こうき さぶろう 氏名 後期 三郎	E-mail 〇〇〇〇@〇〇〇〇.〇〇
	保険契約者名	ふりがな しが はなこ 氏名 滋賀 花子	
	住 所	〒 520-0000 滋賀県〇〇市△△町××-××	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 〇〇年△△月××日 ~ 〇〇年△△月××日	契約番号 △△△△△△△△
	任意対人一括の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 有	
被加害者加入の保険会社関与の有無(注) 有 / <input type="radio"/> 無 無 被害者の人身傷害保険等を利用する場合はご記入ください。			
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇〇〇総合病院	治療開始日 〇〇年△△月××日
	所在地	〒 520-0000 滋賀県〇〇市△△町××-××	TEL 077(△△△)××××
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 △△△△病院	治療開始日 〇〇年△△月××日
	所在地	〒 520-0000 滋賀県〇〇市△△町××-××	TEL 077(△△△)××××
入院の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 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、担当者名を記入して下さい。

(自賠償共済、任意共済の場合には、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記載して下さい。)