

第三者行為による傷病届

| 項 目 | | 内 容 | |
|-------------------|---|--|--------------------------|
| (受診者) 被害者 | 被保険者記号・番号 / 保険者名 | 被保険者記号・番号 2 1 - - (枝番) | 個人番号 |
| | 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 () |
| (第三者) 加害者 | 氏 名 | ふりがな 氏 名 | |
| | 住所 / 電話 | 〒 | TEL () |
| 事故発生状況 | 事故発生日時 | 年 月 日 午前 / 午後 時 分頃 | |
| | 事故発生場所 | | |
| | 事故発生原因・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。 | |
| 任意保険 (加害者) | 保険会社名 / 担当部署 | 保険会社名 | 担当部署 |
| | 取扱店所在地 / 電話 | 〒 | TEL () |
| | 担当者名 / E-mail | ふりがな 氏 名 | E-mail |
| | 保険契約者名 | ふりがな 氏 名 | |
| | 住所 | 〒 | |
| | 保険期間 / 契約番号 | 保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | 契約番号 第 号 |
| 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 type="checkbox"/> | 保険会社名 | 担当部署 |
| | | 担当者氏名 | TEL () |
| 治療状況 | 診療機関名 / 入院 / 治療期間 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。 | ① 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 () |
| | | ② 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 () | | |
| 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 | 年 月 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 | |
| 上記のとおり届出いたします。 | | | |
| 年 月 日 | | 届出者 | 住所 |
| | | 氏名 | 印 |
| ※署名又は記名・押印 | | | |
| (提出先) 足立区長 | | | |