

## 第三者行為による傷病届

項 目		内 容			
(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		保険者名 新潟県後期高齢者医療広域連合
	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		ふりがな	生年月日	
	氏名 / 生年月日	TEL	氏名	年 月 日	( )
住所 / 電話		〒			
(被 害 者) 加 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日		ふりがな	届出者との関係	生年月日
	住所 / 電話	TEL	氏名	年 月 日	( )
住所 / 電話		〒			
(第 三 者) 加 害 者	氏名		ふりがな	TEL	
	住所 / 電話	〒	( )		
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				
	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 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名		保険会社名		ふりがな 氏名
	登録番号 / 車台番号		登録番号		車台番号
	保険期間 / 自賠責証明書番号		年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号 第 号	
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		年 月 日 ~ 年 月 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		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	
		担当者氏名		TEL ( )	
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間		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
	住所 / 電話番号		〒		TEL ( )
	※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	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		<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。

### 第三者行為による傷病届

記載例

項目		内容	
あなた (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 ●●●●●●	保険者名 新潟県後期高齢者医療広域連合
	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 にいがた たろう 氏名 新潟 太郎 〒 000-000	生年月日 ●●年 ●月 ●日 TEL 012(345) 6789
	住所 / 電話	000市△△△町□□□番地	
(被害者) 被患者	氏名 / 続柄 / 生年月日	届出者の情報と同じ場合はチェック ふりがな 氏名 〒	届出者との関係 生年月日 年 月 日 TEL ( )
	住所 / 電話		
相手方 (第三者) 加害者	氏名	ふりがな えちご ゆきこ 氏名 越後 雪子 〒 000-000	TEL 987(654) 3210
	住所 / 電話	●●●市▲▲▲町■●●番地	
事故発生状況	事故発生日時	令和3年7月11日 午前 / 午後 1時20分頃	
	事故発生場所	□□□市☆☆町888	
	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)	
相手方が加入している保険内容 自賠責保険 (加害者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ☆☆☆損害保険会社 氏名 えちご ゆきこ 越後 雪子	ふりがな 氏名
	登録番号 / 車台番号	登録番号 ▲▲55 は 5555	車台番号 AB12C-34567
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 2年4月1日 ~ 4年4月1日	自賠責証明書番号 第 ABC123456 号
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 ☆☆☆海上火災保険会社 担当部署 新潟サービスセンター	
	取扱店所在地 / 電話	〒 000-000 000市△△△町□□□3456-7	TEL 999(888) 7777
	担当者名 / E-mail	ふりがな そんぼ まもる 氏名 損保 守 E-mail	
	保険契約者名	ふりがな えちご ゆきこ 氏名 越後 雪子	
	住所	〒 000-000 ●●●市▲▲▲町■●●番地	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 2年4月1日 ~ 4年4月1日	契約番号 第 CBA654321 号
任意対人一括の有無	有 / 無		
あなた側の任意保険を使う場合 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 担当者氏名	担当部署 TEL ( )
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 新潟県立●●●●●病院 入院 有 治療開始日 3年7月11日 治療終了(見込) 年 月 日	
	住所 / 電話番号	〒 000-000 □□□市☆☆町123	TEL 444(555) 6666
	※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 ○○○整形外科クリニック 入院 有 治療開始日 3年9月20日 治療終了(見込) 年 月 日	TEL 666(555) 4444
		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3年7月20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"/>	

事故証明書を基に分かる範囲で記載しま

相手方の人の任意保険情報を分かる範囲で記載します

(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。