

## 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 中999-999 保険者名 中之条町
	保険者の住所(届出先) 〒377-0494 群馬県吾妻郡中之条町大字中之条町1091番地
	被保険者氏名 ※国民健康保険の場合は世帯主氏名 ふりがな なかのじょう たろう 氏名 中之条 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>
(被害者) 受診者	氏名 / 性別 / 年齢 ふりがな なかのじょう はなこ 氏名 中之条 花子 性別 <input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性 年齢 ○○歳
	続柄 / 生年月日 届出者との関係 子 平成12年3月4日
	住所 / 電話 〒377-0000 吾妻郡中之条町大字00123番地4 TEL 000(000)0000
	備考
(第三者) 加害者	氏名 / 性別 / 年齢 ふりがな かがい じろう 氏名 加害 二郎 性別 <input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性 年齢 ○○歳
	住所 / 電話 〒000-0000 00市00町00丁目00番地 TEL 000(000)0000
事故発生	事故発生日時 平成00年00月00日 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">午前</span> / 午後00時00分頃
	事故発生場所 00市00町0丁目0番地
自賠責保険 (加害者)	保険会社名 000火災海上
	保険契約者名 ふりがな かがい じろう 氏名 加害 二郎
	登録番号 群馬000 あ 00 - 00
	車台番号 AB00-0000
	保険期間 / 自賠責番号 保険期間 平成00年00月00日 ~ 平成00年00月00日 自賠責番号 第 000000000 号
任意保険 (加害者)	保険会社名 000損保
	取扱店所在地 / 電話 〒000-0000 00市00町0丁目0番地 TEL 0000(00)0000
	担当者名 / E-mail ふりがな そんぼ さぶろう 氏名 損保 三郎 E-mail aaa@12345.00.jp
	保険契約者名 ふりがな かがい じろう 氏名 加害 二郎
	住 所 〒000-0000 吾妻郡中之条町大字0000番地
	保険期間 / 契約番号 保険期間 平成00年00月00日 ~ 平成00年00月00日 契約番号 000 - 00000
	任意対人一括の有無 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">有</span> / 無
被害者加入の保険会社関与の有無(注) <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">有</span> / 無 保険会社名・担当者名 000保険 安全 四郎 TEL 000(000)0000	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話 診療機関名 00病院 治療開始日 平成00年00月00日 TEL 000(000)0000
	所在地 〒000-0000 00市00町0丁目0番地 入院の有無 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">有</span> / 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話 診療機関名 00医院 治療開始日 平成00年00月00日 TEL 0000(00)0000
	所在地 〒000-0000 吾妻郡中之条町大字0000番地 入院の有無 有 / <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">無</span>

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。  
 (自賠責共済、任意共済の場合には、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記載して下さい。)