

記載例

○届出者の「被保険者記号・番号/保険者名」、「氏名」、「住所」を確認してください。

○被害者の「氏名」を確認してください。
○誤りがある場合は、訂正してください。
(訂正印は不要です)

※事故の過失の大小に関わらず受診者が被害者となり、相手が加害者となります。

・「事故発生日時」、「事故発生場所」を記入してください。
※「交通事故証明書」に記載があります。

・相手が加入している自賠責保険の情報を記入してください。
※「保険会社名」、「登録番号」、「自賠責証明書番号」は「交通事故証明書」に記載があります。

・被害者が加入している任意保険会社が事故対応している場合は、「有」に✓をつけてください。
・被害者が加入している任意保険会社が事故対応していない場合や、加入している保険会社がない場合は、「無」に✓をつけてください。

・事故によるケガの治療で受診している診療機関の情報を記入してください。

・傷病届を記入した日を記入してください。

第三者行為による傷病届			
項 目	内 容		
(被保険者等) 届出者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 国 1 2 3 4 5 保険者名 〇〇市	
	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 氏名 国保 太郎 生年月日 昭和XX年 XX 月 XX 日	住所 / 電話 〒000-0000 〇〇市南〇条西〇丁目〇番〇号 TEL XXXX(XX)XXXX
	氏名 / 続柄 / 生年月日 氏名 国保 一郎 続柄 子 生年月日 平成XX年 XX 月 XX 日	住所 / 電話 〒000-0000 〇〇市南〇条西〇丁目〇番〇号 TEL XXX(XXXX)XXXX	
(被害者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日 氏名 北海 花絵 続柄 子 生年月日 令和XX年 XX 月 XX 日	住所 / 電話 〒000-0001 〇〇市△△△町〇丁目〇番〇号 TEL XXX(XXXX)XXXX	
	氏名 氏名 北海 花絵	住所 / 電話 〒000-0001 〇〇市△△△町〇丁目〇番〇号 TEL XXX(XXXX)XXXX	
	氏名 氏名 北海 花絵	住所 / 電話 〒000-0001 〇〇市△△△町〇丁目〇番〇号 TEL XXX(XXXX)XXXX	
事故発生状況	事故発生日時	令和4 年 2 月 22 日 午前 / 午後 11 時 10 分頃	
	事故発生場所	〇〇市南〇条西〇丁目 先路上	
	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 △△△△損害保険 登録番号 〇〇 580 あ 9001 自賠責証明書番号 第 HKM1014014 号	
	登録番号 / 車台番号	登録番号 〇〇 580 あ 9001 車台番号	
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日 自賠責証明書番号 第 HKM1014014 号	
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 □□□□保険会社 担当部署 保険金サービス第1課	
	取扱店所在地 / 電話	〒000-1111 〇〇市北〇条西〇丁目〇番〇号 TEL XXXX(XX)XXXX	
	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 北海 花絵	
	住所	〒000-0001 〇〇市△△△町〇丁目〇番〇号	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和3 年 4 月 1 日 ~ 令和4 年 4 月 1 日 第 K0112345 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 ☒ 無 ☐	
	保険会社名	△△△△損害保険	
	担当者氏名	TEL XXXX(XX)XXXX	
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	入院 有 / 無	治療開始日 令和4 年 2 月 22 日 治療終了(見込) 年 月 日
	住所 / 電話番号	〒 () TEL ()	
	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
	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
	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
	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
傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和4 年 6 月 15 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		

黒色のボールペンで記入してください。
(消せるボールペン、鉛筆不可)

わからない項目は空欄のままで結構です。

・届出者の「生年月日」、「電話番号」を記入してください。

・届出者と被害者が同じ場合は、□に✓をつけてください。
・異なる場合は、被害者の「続柄」、「生年月日」、「住所」、「電話番号」を記入してください。

・相手の「氏名」、「住所」、「電話番号」を記入してください。

・労災保険の対象ではない事故の場合は、□に✓をつけてください。

・相手が加入している任意保険の情報を記入してください。

・被害者が加入している任意保険の情報を記入してください。

・傷病届の記入にあたり、損害保険会社の担当者の支援を受けて作成した場合は、□に✓をつけてください。