

第三者行為による傷病届			
項 目		内 容	
届出者・届出先	被保険者番号 / 保険者名	被保険者番号 12345678	保険者名 栃木県後期高齢者医療広域連合
	保険者の住所(届出先)	〒320-0033 栃木県宇都宮市本町3番9号 栃木県本町合同ビル2階	
	被保険者氏名	ふりがな こうき はなよ 氏名 後期 花代	
(被保険者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな こうき はなよ 氏名 後期 花代	男性 / <input checked="" type="radio"/> 女性 / 75 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 本人	S00 年 00 月 00 日
	住所 / 電話	〒123-4567 〇〇市△△町□丁目	TEL 111 (222)5555
	備考		
(加害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな あいて じろう 氏名 相手 次郎	<input checked="" type="radio"/> 男性 / 女性 / 45 歳
	住所 / 電話	〒 △△市□□町〇丁目〇	TEL 000 (333)1111
事故発生	事故発生日時	令和 2 年 4 月 30 日 午前 / <input checked="" type="radio"/> 午後 2 時 00 分頃	
	事故発生場所	〇〇市〇〇町△丁目	
自賠償保険(加害者)	保険会社名	〇〇〇海上火災保険株式会社	
	保険契約者名	ふりがな あいて じろう 氏名 相手 次郎	
	登録番号	宇都宮500こ1234	
	車台番号		
	保険期間 / 自賠償番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠償番号 A12345678
任意保険(加害者)	保険会社名	●●●海上火災保険株式会社	
	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
	任意対人一括の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無	TEL ()
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 □□病院	治療開始日 令和 2 年 4 月 30 日 TEL ()
	所在地	〒	入院の有無 有 / <input checked="" type="radio"/> 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 △△整骨院	治療開始日 令和 2 年 5 月 2 日 TEL ()
	所在地	〒	入院の有無 有 / <input checked="" type="radio"/> 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。)