

第三者行為による傷病届

一般事故用

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 99-9999	保険者名 三重県自動車販売健康保険組合
	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 氏名 〒 514-0303 住所 / 電話 三重県津市〇〇〇町字〇〇〇0000番0	生年月日 1978年 1月 1日 TEL 059 ( 000 ) 0000
	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名 〒 460-0002 住所 / 電話 愛知県名古屋市中区丸の内00-00-00	届出者との関係 生年月日 2007年 12月 12日 TEL 000 ( 0000 ) 0000
(組合員) 組合員	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名 〒 460-0002 住所 / 電話 愛知県名古屋市中区丸の内99-00-00	生年月日 2007年 12月 12日 TEL 000 ( 0000 ) 0000
(第三者) 相手側	氏名	ふりがな 氏名 〒 460-0002 住所 / 電話 愛知県名古屋市中区丸の内99-00-00	TEL 999 ( 9999 ) 9999
事故発生状況	事故発生日時	令和 4 年 9 月 9 日 午前 / 午後 10 時 10 分頃	
	事故発生場所	愛知県名古屋市中区丸の内99-99-99	
	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) <input checked="" type="checkbox"/>	
自賠責保険 (相手方)	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	登録番号	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 号
損害保険 (相手方)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 〇〇損害保険株式会社	担当部署 〇〇サービスセンター 第〇課
	取扱店所在地 / 電話	〒 461-0001 愛知県名古屋市中区丸の内00-00-00	TEL 000 ( 000 ) 0000
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 損害次郎	E-mail 00000@〇〇.〇.co.jp
	保険契約者名	ふりがな 氏名 組合一男	
	住所	〒 460-0002 愛知県名古屋市中区丸の内99-00-00 <input checked="" type="checkbox"/>	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和4年 1月 1日 ~ 令和5年 1月 1日	契約番号 第 〇〇〇-0000 号
	任意対人一括の有無	有 / 無	
組合員加入の保険 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 ( )
	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 〇〇病院 〒 460-0002 愛知県名古屋市中区丸の内11-11-11	入院 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療開始日 令和4年 9月 9日 治療終了(見込) 令和4年 9月 12日 TEL 999 ( 999 ) 0000
治療状況	住所 / 電話番号	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 ( )
	※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。	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		2022年 9月 12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。