

第三者行為による傷病届

項 目		内 容	
届出者・届出先	被保険者記号・番号/保険者名	被保険者記号・番号 1 2 3 4 5 6	保険者名 豊橋市
	保険者の住所(届出先)	〒440-8501 豊橋市今橋町1番地	
	被保険者氏名 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	ふりがな とよはし たろう 氏名 豊橋 太郎	←
被害者(受診者)	氏名/性別/年齢	ふりがな とよはし はなこ 氏名 豊橋 花子	男性 <input type="radio"/> 女性 <input checked="" type="radio"/> ●●歳
	続柄/生年月日	届出者との関係 妻	yy年m月d日
	住所/電話	〒000-0000 豊橋市〇〇町××番地	TEL 0532(XX)XXXX
	備考		
加害者(第三者)	氏名/性別/年齢	ふりがな とうさん じろう 氏名 東三 次郎	<input checked="" type="radio"/> 男性/女性 <input type="radio"/> ●●歳
	住所/電話	〒000-0000 豊橋市◆◆町××番地	TEL 0532(XX)XXXX
事故発生	事故発生日時	YY年MM月D日 午前/午後 <input checked="" type="radio"/> 4時30分頃	
	事故発生場所	豊橋市△△町××番地	
自賠責保険(加害者)	保険会社名	□□□保険株式会社	
	保険契約者名	ふりがな とうさん じろう 氏名 東三 次郎	
	登録番号	豊橋000と0000	
	車台番号	XXXXX-000000	
	保険期間/自賠責番号	保険期間 XX年XX月XX日～YY年YY月YY日	自賠責番号 TYHS99X99Z
任意保険(加害者)	保険会社名	◎◎◎保険株式会社	
	取扱店所在地/電話	〒000-0000 豊橋市◎◎町××番地	TEL 0532(XX)XXXX
	担当者名/E-mail	ふりがな ほのくに かずお 氏名 穂ノ国 一夫	E-mail XXXX@XXXXXXXX
	保険契約者名	ふりがな とうさん じろう 氏名 東三 次郎	
	住所	〒000-0000 豊橋市◆◆町××番地	
	保険期間/契約番号	保険期間 XX年XX月XX日～YY年YY月YY日	契約番号 ABCD1234
任意対人一括の有無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> <small>保険会社名・担当者名</small>	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 YY年MM月D日 TEL 0532(XX)XXXX
	所在地	〒000-0000 豊橋市▽▽町××番地	入院の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	診療機関名/治療開始日/電話	診療機関名	治療開始日 年 月 日 TEL ( )
	所在地	〒	入院の有無 有 / 無

世帯主氏名

事故にあわれた方の情報

事故の相手方の情報

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。)