

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 13572468	保険者名 宮崎市
	保険者の住所(届出先)	〒	
	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 氏名 国保 太郎 印	
(被害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名 こくほ たろう 国保 太郎	性別 / 年齢 <input checked="" type="radio"/> 男性 / 女性 50 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 本人	昭和 47 年 6 月 1 日
	住所 / 電話	〒 880-0000 宮崎市0003丁目5番地	TEL 0985-12-3456
	備考		
(加害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名 こうき はじめ 後期 一	性別 / 年齢 <input checked="" type="radio"/> 男性 / 女性 75 歳
	住所 / 電話	〒 880-0000 宮崎市△△△町555番地2	TEL 0985 (34) 0000
事故発生	事故発生日時	令和 3 年 1 月 10 日 午前 <input checked="" type="radio"/> 午後 6 時 35 分頃	
	事故発生場所	宮崎市下原町231番地1先路上	
自賠責保険(加害者)	保険会社名	〇〇〇〇保険	
	保険契約者名	ふりがな 氏名 こうき はじめ 後期 一	
	登録番号	宮崎330あ1245	
	車台番号	AB-0123-456789	
任意保険(加害者)	保険会社名	△△△△保険	
	取扱店所在地 / 電話	〒 880-0000 宮崎市◇◇◇◇1丁目1-3	TEL 0985 (11)7777
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 みやざき 宮崎	E-mail
	保険契約者名	ふりがな 氏名 こうき はじめ 後期 一	
	住 所	〒 880-0000 宮崎市△△△7丁目5番地2	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和 2 年 5 月 20 日 ~ 令和 3 年 5 月 20 日	契約番号 M0011223344
任意対人一括の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無		
治療状況	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"/>	TEL ()
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇病院	治療開始日 令和 3 年 1 月 10 日 TEL 0985(55)2222
	所在地	〒 880-0000 宮崎市〇〇〇2丁目3番地1	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 △△△△整形外科	治療開始日 令和 3 年 3 月 20 日 TEL 0985(11)3456
所在地	〒 880-0000 宮崎市〇〇〇3丁目123	入院の有無 <input type="radio"/> 有 / <input checked="" type="radio"/> 無	

過失の大小に関わらず、あなたが被害者となります。

相手者(運転手・加害者)のことで、(交通事故の相手側、犬かみ等による犬の飼い主、喧嘩の相手側等)

相手(加害者)が加入している自賠責保険のことを記入します。

車台番号は車検証に記載されておりです。

相手(加害者)が加入している任意保険のことを記入します。

あなたが加入している任意保険で人身傷害保険に加入している場合に記入します。

事故の治療をしている病院を記載してください。

連絡のつく電話番号(携帯含む)を記載してください。

事故証明書を確認して必要事項を記載してください。(交通事故に限る)

記入の仕方でおわかりにならないところは空欄にして
市町村の国保の担当窓口へ
お尋ねください。

国保の保険証を使用して治療を始めた月日を記入してください。

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」と読み替えてその内容を記載して下さい。)