

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 ●●●●●●	保険者名 見附市	
	保険者の住所(届出先)	〒954-8686 見附市昭和町2丁目1番1号		
	被保険者氏名 ※国民健康保険の場合は世帯主	ふりがな にいがた たろう 氏名 新潟 太郎 印		
被害者 (受診者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな にいがた たろう 氏名 新潟 太郎	男性 / 女性	42歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 本人	昭和52年9月10日	
	住所 / 電話	〒000-0000 000市△△△町◇◇◇番地12-3	TEL	012 (345) 6789
	備考			
加害者 (第三者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな えちご ゆきこ 氏名 越後 雪子	男性 / 女性	50歳
	住所 / 電話	〒000-0000 ●●市▲▲町◆◆◆番地98-7		
事故発生	事故発生日時	令和 2 年 1 月 11 日 午前 / 午後 1 時20分頃		
	事故発生場所	□□□市☆☆☆町888		
自賠責保険 (加害者)	保険会社名	★★★★損害保険株式会社		
	保険契約者名	ふりがな えちご ゆきこ 氏名 越後 雪子		
	登録番号	▲▲55 は 5555		
	車台番号	AB12C-34567		
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 1 年 6 月 1 日 ~ 3 年 6 月 1 日	自賠責番号	DFG123456
任意保険 (加害者)	保険会社名	☆☆☆☆海上火災保険(株)		
	取扱店所在地 / 電話	〒000-0000 000市△△△町◇◇◇3456-7	TEL	012 (345) 5678
	担当者名 / E-mail	ふりがな そんぼ まもる 氏名 損保 守	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな えちご ゆきこ 氏名 越後 雪子		
	住 所	〒000-0000 □□□市☆☆☆町888		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 1 年 6 月 1 日 ~ 3 年 6 月 1 日	契約番号	FP0002574
	任意対人一括の有無	有 / 無		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)	有 / 無	保険会社名・担当者名 ▲▲▲損保(株)新潟サービスセンター○○	TEL 011 (222) 3333	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 新潟県立●●●●病院	治療開始日 2 年 1 月 11 日	TEL (456) 7890
	所 在 地	〒000-0000 ▲▲市□□□町★★★★987-6	入院の有無	有 / 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 000整形外科クリニック	治療開始日 2 年 2 月 1 日	TEL (987) 0123
	所 在 地	〒000-0000 □□市☆☆☆町12-345	入院の有無	有 / 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。)			

あなた

相手方

相手方が加入している保険内容

あなた側の任意保険を使う場合

事故証明書を基に記載します

相手方の人の任意保険情報を分ける範囲で記載します