

第三者の行為による被害の届出書 【傷病届】

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 埼新・〇〇〇〇〇〇	保険者名 新座市国民健康保険
	※国民健康保険世帯主は被保険者の情報を記入 住所 / 電話	ふりがな にいざ はなこ 氏名 新座 花子 〒 352-0000 新座市〇〇〇1-2-3	生年月日 昭和〇年〇月〇日 TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
(被害者) 被診者	氏名 / 住所	ふりがな にいざ たろう 氏名 新座 太郎 〒 同上	届出者との関係 子 生年月日 平成〇年〇月〇日 TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
	受診者(負傷者)について書いてください。		
(加害者) 第三者	氏名 / 住所	ふりがな 相手の氏名 氏名 相手の住所 〒 相手の住所	TEL 相手の電話番号
	相手のことを書いてください。		
事故発生状況	事故	令和5年3月1日	午前 / (午後) 6時30分頃
	事故	■■県●●市〇〇1-2-3	
労災	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 type="checkbox"/>
自賠責保険 (加害者)	保険	保険会社名 〇〇損害保険株式会社	ふりがな 氏名 自賠責保険の契約者の氏名
	登録	登録番号 所沢〇〇〇 あ〇〇-〇〇	車台番号 ABC〇〇〇〇123
任意保険 (加害者)	任意保険	任意保険の契約者の氏名 任意保険の契約者の住所	自賠責証明書番号 第〇AOB12345号
任意対人一括の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無		
被害者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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 ■■損害保険株式会社	担当部署 〇〇保険金センター
		担当者氏名 〇〇 〇〇	TEL 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇
治療状況	① 診療機関名 〇〇〇病院 〒 352-0000 新座市〇〇1-2-3	入院 <input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	治療開始日 令和5年3月1日 治療終了(見込) 年 月 日
	② 診療機関名 〇〇接骨院 〒 352-0000 新座市〇〇4-5-6	入院 <input type="radio"/> 有 / <input checked="" type="radio"/> 無	治療開始日 令和5年4月1日 治療終了(見込) 年 月 日
	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
治療のために受診した医療機関を記入してください。	記入日 令和5年4月〇日	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。