

記入例		第三者行為による傷病届				交通事故の場合	
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 水戸10000000001		保険者名 水戸市		
	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	氏名 / 生年月日	ふりがな    みと    たろう 氏 名    水戸    太郎		生年月日 S〇〇年 〇 月 〇 日		
		住所 / 電話	〒 310-8610		TEL XXX (XXXX) XXXX		
			水戸市中央1-4-1		過失割合に関係なく国保加入者が「被害者」となります。		
(被害者) 被患者	氏名 / 続柄 / 生年月日		ふりがな    みと    たろう 氏 名    水戸    太郎		届出者との関係 本人		
	住所 / 電話		〒 310-8610 水戸市中央1-4-1		生年月日 S〇〇年 〇 月 〇 日 TEL XXX (XXXX) XXXX		
(加害者) 第三者	氏 名		ふりがな    みと    やすお 氏 名    水戸    保男		TEL △△△(△△△△)△△△△		
	住所 / 電話		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 水戸市〇町〇丁目〇〇				
事故発生状況	事故発生日時		令和3 年    7    月    1    日                    午前 / (午後)    3    時    30    分頃				
	事故発生場所		水戸市XX町XX-XX-X    ※事故証明書に記載されているものを記載ください。				
	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)				
自賠責保険 (加害者)	保険会社名 / 保険契約者名		保険会社名 □□□□保険		ふりがな    みと    やすお 氏 名    水戸    保男		
	登録番号 / 車台番号		登録番号 □AS△S〇●IJ〇L		車台番号 水戸▲▲▲▲あ▲▲▲▲		
	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    ABCD12345    号		
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署		保険会社名 △△△△保険株式会社		担当部署 水戸センター		
	取扱店所在地 / 電話		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 水戸市◇町◇丁目◇◇		TEL ■■■(■■■■)■■■■		
	担当者名 / E-mail		ふりがな    そんが い    たろう 氏 名    損害    太郎		E-mail		
	保険契約者名		ふりがな    みと    やすお 氏 名    水戸    保男				
	住所		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 水戸市〇町〇丁目〇〇				
	保険期間 / 契約番号		保険期間 年    月    日    ~    年    月    日		契約番号 第                    号		
	任意対人一括の有無		有 / 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 type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		保険会社名 ◆◆生命 担当部署 水戸支店 担当者氏名 保険    次郎 TEL ▽▽▽(▽▽▽▽)▽▽▽▽			
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間		① 診療機関名 ▼▼病院		入 院 有 / 無	治療開始日 令和3 年    7    月    1    日 治療終了(見込) 年    月    日	
	住所 / 電話番号		〒 ☆☆☆-☆☆☆ 水戸市☆町☆丁目☆☆		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。		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 (                    )		
			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			令和3 年    8    月    1    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。

## 記入例

## 第三者行為による傷病届

自損・単独事故の場合

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 水戸10000000001				
	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	保険者名 水戸市	生年月日 S〇〇年〇月〇日			
	氏名 / 生年月日	ふりがな みと たろう 氏 名 水戸 太郎	TEL XXX (XXXX) XXXX			
	住所 / 電話	〒 310-8610 水戸市中央1-4-1				
(被害者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日	届出者の情報と同じ場合はチェック <input type="checkbox"/>	届出者との関係 本人			
	住所 / 電話	ふりがな みと たろう 氏 名 水戸 太郎 〒 310-8610 水戸市中央1-4-1	生年月日 S〇〇年〇月〇日 TEL XXX (XXXX) XXXX			
(加害者) 加 害 者	氏 名	ふりがな 氏 名				
	住所 / 電話	〒 TEL				
事故発生状況	事故発生日時	令和3 年 7 月 1 日 午前 / (午後) 3 時 30 分頃				
	事故発生場所	水戸市XX町XX-XX-X 〇〇店内				
	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)				
自賠責保険 (加害者)	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			
	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			
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名	担当部署			
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL			
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏 名	E-mail			
	保険契約者名	ふりがな 氏 名				
	住所	〒				
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号 第 号			
	任意対人一括の有無	有 / 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 type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 担当者氏名	担当部署 水戸支店 TEL			
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 ▼▼病院	入 院 有 / 無	治療開始日 令和3 年 7 月 1 日	治療終了(見込) 年 月 日	
	住所 / 電話番号	〒 ☆☆☆-☆☆☆ 水戸市☆町☆丁目☆☆	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。	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 ( )			
		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	令和3 年 8 月 1 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。

記入例		第三者行為による傷病届				施設内事故の場合	
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 水戸10000000001			保険者名 水戸市	
	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    みと   たろう 氏 名    水戸   太郎 〒 310-8610 水戸市中央1-4-1			生年月日 S〇〇年 〇 月 〇 日 TEL XXX (XXXX) XXXX	
	氏名 / 生年月日						
	住所 / 電話						
(被害者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日		ふりがな    みと   たろう 氏 名    水戸   太郎 〒 310-8610 水戸市中央1-4-1			届出者との関係 本人 生年月日 S〇〇年 〇 月 〇 日 TEL XXX (XXXX) XXXX	
	住所 / 電話						
(加害者) 加害者	氏 名		ふりがな 氏 名    店の名称 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 水戸市〇町〇丁目〇〇			TEL △△△(△△△△)△△△△	
	住所 / 電話						
事故発生状況	事故発生日時		令和3   年   7   月   1   日                      午前 / (午後)   3   時   30   分頃				
	事故発生場所		水戸市XX町XX-XX-X   〇〇店内				
	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)				
自賠責保険 (加害者)	保険会社名 / 保険契約者名		保険会社名 ふりがな 氏 名			自賠責証明書番号	
	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			第                      号	
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署		保険会社名 △△△△保険株式会社 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 水戸市〇町〇丁目〇〇			担当部署 水戸センター TEL ■■■■(■■■■)■■■■	
	取扱店所在地 / 電話						
	担当者名 / E-mail		ふりがな    そんが い   たろう 氏 名    損害   太郎			E-mail	
	保険契約者名		ふりがな 氏 名    株式会社〇〇 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 水戸市〇町〇丁目〇〇				
	住所						
	保険期間 / 契約番号		保険期間 年   月   日   ~   年   月   日			契約番号 第                      号	
	任意対人一括の有無		有 / 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 type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		保険会社名 担当部署 水戸支店 担当者氏名 TEL ▽▽▽(▽▽▽▽)▽▽▽▽			
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間		① 診療機関名 ▼▼病院 〒 ☆☆☆-☆☆☆ 水戸市☆町☆丁目☆☆		入 院 有 / 無	治療開始日 令和3   年   7   月   1   日 治療終了(見込) 年   月   日	
	住所 / 電話番号					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。		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 (                      )	
			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		令和3   年   8   月   1   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。

記入例		第三者行為による傷病届				傷害等の場合	
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 水戸10000000001			保険者名 水戸市	
	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    みと   たろう 氏 名    水戸   太郎			生年月日 S〇〇年 〇 月 〇 日	
	住所 / 電話		〒 310-8610 水戸市中央1-4-1			TEL XXX (XXXX) XXXX	
(被害者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日		ふりがな    みと   たろう 氏 名    水戸   太郎			生年月日 S〇〇年 〇 月 〇 日	
	住所 / 電話		〒 310-8610 水戸市中央1-4-1			TEL XXX (XXXX) XXXX	
(加害者) 加 害 者	氏 名		ふりがな    みと   やすお 氏 名    水戸   保男			生年月日 S〇〇年 〇 月 〇 日	
	住所 / 電話		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 水戸市〇町〇丁目〇〇			TEL △△△(△△△△)△△△△	
事故発生状況	事故発生日時		令和3   年   7   月   1   日                      午前 / (午後)   3   時   30   分頃				
	事故発生場所		水戸市XX町XX-XX-X   〇〇店内				
	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)				
自賠責保険 (加害者)	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	
	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	
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署		保険会社名			担当部署	
	取扱店所在地 / 電話		〒			TEL	
	担当者名 / E-mail		ふりがな 氏 名			E-mail	
	保険契約者名		ふりがな 氏 名				
	住所		〒				
	保険期間 / 契約番号		保険期間 年   月   日   ~   年   月   日			契約番号 第                      号	
	任意対人一括の有無		有 / 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 type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		保険会社名		担当部署 水戸支店	
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間		① 診療機関名 ▼▼病院		入 院 有 / 無	治療開始日 令和3   年   7   月   1   日	治療終了(見込) 年   月   日
	住所 / 電話番号		〒 ☆☆☆-☆☆☆ 水戸市☆町☆丁目☆☆		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。		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 (                      )		
			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		令和3   年   8   月   1   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。