

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)	被保険者記号・番号 / 保険者名 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 〒 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	過失割合に関係なく国保加入者が「被害者」となります。	
(被受傷診者)	氏名 / 続柄 / 生年月日 水戸 太郎 住所 / 電話 □	届出者の情報と同じ場合はチェック 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
(加害第三者者)	氏名 水戸 保男 住所 / 電話 水戸市〇町〇丁目〇〇	ふりがな みと やすお 氏名 水戸 保男 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 水戸市〇町〇丁目〇〇	同乗の場合、乗車車両の運転手も加害者となります。	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 ※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)	<input type="checkbox"/>		
自賠責保険(加害者)	保険会社名 / 保険契約者名 □□□□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 □AS△S○●IJOL	車台番号 水戸▲▲▲あ▲▲▲		
	保険期間 / 自賠責証明書番号 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 △△△△保険株式会社	担当部署 水戸センター		
	取扱店所在地 / 電話 〒 ◇◇◇-◇◇◇◇ 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 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 担当者氏名 保険 次郎	担当部署 水戸支店	TEL ▽▽▽(▽▽▽▽▽)▽▽▽▽
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※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。	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
		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
		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
	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)	被保険者記号・番号 / 保険者名 水戸1000000001	被保険者記号・番号 水戸1000000001	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 水戸 太郎	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	
(被害診者者)	住所 / 電話 〒 310-8610 水戸市中央1-4-1	TEL XXX (XXXX) XXXX	届出者との関係 本人	生年月日 S〇〇年〇月〇日
	氏名 / 続柄 / 生年月日 水戸 太郎	ふりがな みと たろう 氏名 水戸 太郎	国保加入者が「被害者」となります。	TEL XXX (XXXX) XXXX
(加害第三者者)	氏名 水戸 太郎	ふりがな みと たろう 氏名 水戸 太郎		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 午後	3時30分頃	
	事故発生場所 水戸市XX町XX-XX-X ○○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)	<input type="checkbox"/>		
自賠責保険(加害者)	保険会社名 / 保険契約者名 登録番号 / 車台番号	保険会社名 登録番号	ふりがな 氏名 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	
	保険会社名 / 担当部署 取扱店所在地 / 電話	保険会社名 〒	担当部署 TEL	
任意保険(加害者)	担当者名 / E-mail 保険契約者名	ふりがな 氏名 ふりがな 氏名	E-mail	
	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			
被患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
	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※治療終了日(見込)について 可能な範囲でご記入ください。	① 診療機関名 ▼▼病院 〒 ☆☆☆-☆☆☆ 水戸市☆町☆丁目☆☆	入院 有 / 無	治療開始日 治療終了(見込) 令和3年7月1日 年 月 日
治療状況		② 診療機関名 〒	治療開始日 治療終了(見込) 年 月 日	
		③ 診療機関名 〒	治療開始日 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

項目		内容		
(被保険者名等)	被保険者記号・番号 / 保険者名 水戸1000000001	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		
(被受傷診者)	住所 / 電話 〒 310-8610 水戸市中央1-4-1	国保加入者が「被害者」となります。 □	届出者との関係 本人	生年月日 S〇〇年〇月〇日
	氏名 / 続柄 / 生年月日 ふりがな みと たろう 氏名 水戸 太郎	TEL XXX (XXXX) XXXX	TEL XXX (XXXX) XXXX	
(加害第三者者)	住所 / 電話 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 水戸市〇町〇丁目〇〇	店の名称 △△△(△△△△△)△△△△		
	氏名	ふりがな 氏名	午前 / 午後 3時30分頃	
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 ○○店内			
自賠責保険	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)	<input type="checkbox"/>		
	保険会社名 / 保険契約者名 登録番号 / 車台番号 保険期間 / 自賠責証明書番号	保険会社名 登録番号 保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	ふりがな 氏名 車台番号	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 △△△△保険株式会社	担当部署 水戸センター		
	取扱店所在地 / 電話 〒 ◇◇◇-◇◇◇◇ 水戸市◇町◇丁目◇◇	TEL ■■■(■■■■) ■■■■		
任意保険(加害者)	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 住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 水戸市〇町〇丁目〇〇	年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号 第 号	
任意保険(加害者)	保険期間 / 契約番号 年 月 日 ~ 年 月 日			
	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 ▽▽▽(▽▽▽▽▽)▽▽▽▽▽
	診療機関名 / 入院 / 治療期間 ▼▼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	TEL ▼▼▼(▼▼▼▼)▼▼▼▼
治療状況	住所 / 電話番号 ※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)	被保険者記号・番号 / 保険者名 水戸1000000001	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		
(被害診者者)	住所 / 電話 〒 310-8610 水戸市中央1-4-1	TEL XXX (XXXX) XXXX		
	氏名 / 続柄 / 生年月日 水戸 太郎	届出者との関係 本人		
(加害第三者者)	住所 / 電話 〒 310-8610 水戸市中央1-4-1	国保加入者が「被害者」となります。		
	氏名 水戸 太郎	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 午後	3 時 30 分頃	
	事故発生場所 水戸市XX町XX-XX-X ○○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)	<input type="checkbox"/>		
自賠責保険(加害者)	保険会社名 / 保険契約者名 登録番号 / 車台番号 保険期間 / 自賠責証明書番号	保険会社名 登録番号 保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	ふりがな 氏名 車台番号	自賠責証明書番号 第 号
	保険会社名 / 担当部署 取扱店所在地 / 電話 担当者名 / E-mail 保険契約者名 住所 保険期間 / 契約番号	保険会社名 年 月 日 ~ 年 月 日	担当部署 TEL E-mail	契約番号 第 号
	任意対人一括の有無	有 / 無		
被患者加入の保険会社の関与	関与の有無をチェックし、「有」の場合には右欄を記入 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
	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※治療終了日(見込)について 可能な範囲でご記入ください。	① 診療機関名 ▼▼病院 〒 ☆☆☆-☆☆☆ 水戸市☆町☆丁目☆☆	入院 有 / 無	治療開始日 治療終了(見込) 年 月 日
治療状況	② 診療機関名 〒	入院 有 / 無	治療開始日 治療終了(見込) 年 月 日	年 月 日
	③ 診療機関名 〒	入院 有 / 無	治療開始日 治療終了(見込) 年 月 日	年 月 日
			TEL ()	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。