

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	ふりがな みと たろう 氏名 水戸 太郎 〒 310-8610 住所 / 電話 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	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) 被保険者	氏名 / 続柄 / 生年月日 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	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
(加害者) 第三者	氏名 住所 / 電話	ふりがな こくほ さぶろう 氏名 国保 三郎 〒 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 事故発生場所 労災保険対象の確認	令和3年7月1日 午前 / (午後) 3時30分頃 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。 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 □□□□保険 登録番号 □AS△S〇●IJOL 保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	ふりがな こくほ さぶろう 氏名 国保 三郎 車台番号 水戸▲▲▲▲あ▲▲▲▲ 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 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 任意対人一括の有無	保険会社名 △△△△保険株式会社 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 水戸市◇町◇丁目◇◇ ふりがな そんがい しょうこ 氏名 損害 彰子 住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 水戸市〇町〇丁目〇〇 保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	担当部署 水戸センター TEL ■■■(■■■■)■■■■ E-mail 契約番号 第 号 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☆☆ ② 診療機関名 〒 ③ 診療機関名 〒	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 ▼▼▼ (▼▼▼▼) ▼▼▼▼ TEL () 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。

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	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	世帯主が「届出者」となります。		TEL XXX (XXXX) XXXX
(受診者) 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"/>	ふりがな みと たろう 氏名 水戸 太郎	届出者との関係 本人	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	国保加入者が「被害者」となります。	
(第三者) 加害者	氏名	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)			
自賠償責任 (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 / 自賠償証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日		自賠償証明書番号 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	
		担当者氏名			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	入院 有 / 無	治療開始日	令和3年7月1日
		▼▼病院		治療終了(見込)	年 月 日
		〒☆☆☆-☆☆☆ 水戸市☆町☆丁目☆☆		TEL ▼▼▼(▼▼▼)▼▼▼	
		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、自賠償共済、任意共済の場合、自賠償保険、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。

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 〒 310-8610	生年月日 S〇〇年〇月〇日 XXX (XXXX) XXXX
	住所 / 電話	水戸市中央1-4-1	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 〒 310-8610	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	水戸市中央1-4-1	
(加害者) 第三者	氏名	ふりがな 氏名 店の名称 〒 〇〇〇-〇〇〇〇	TEL △△△(△△△△)△△△△
	住所 / 電話	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 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)	
自賠償保険 (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	車台番号
	登録番号 / 車台番号	登録番号	車台番号
	保険期間 / 自賠償証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠償証明書番号 第 号
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 △△△△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 しょうこ 氏名 損害 彰子	E-mail
	保険契約者名	ふりがな 氏名 株式会社〇〇	
	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 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	入院 有 / 無
	住所 / 電話番号	〒 ☆☆☆☆☆☆ 水戸市☆町☆丁目☆☆	治療開始日 令和3年7月1日 治療終了(見込) 年 月 日
	※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
		③ 診療機関名	入院 有 / 無
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、自賠償共済、任意共済の場合、自賠償保険、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	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	
(受診者) 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"/>	ふりがな みと たろう 氏名 水戸 太郎	届出者との関係 本人	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	
(第三者) 加害者	氏名	ふりがな こくほ さぶろう 氏名 国保 三郎		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 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)				
自賠償(加害者) 自賠償保険	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 / 自賠償証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日		自賠償証明書番号 第 号		
任意保険(加害者) 任意保険	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		
		担当者氏名		TEL		
治療状況 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、自賠償共済、任意共済の場合、自賠償保険、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。