

第三者行為による傷病届

《記載例》

項目		内容	
届出者(世帯主)	届出者情報 ※世帯主の情報 ※世帯主の情報を記入	氏名 / 生年月日 ふりがな ひがしくるめ たろう 氏名 東久留米 太郎	個人番号(マイナンバー)の確認書類が添付できる場合のみ記入してください。 〒 203-0053 東久留米市本町3-3-1 042(000)0000
	住所 / 電話	被保険者記号・番号 / 個人番号 被保険者記号・番号 45 - 00 - 0000 個人番号 届出者との関係 生年月日 TEL	事故等に遭った方の氏名 ふりがな ひがしくるめ じろう 氏名 東久留米 次郎 〒 同上 子 H1 年 5 月 10 日 090(0000)0000
加害者(第三者)	氏名 相手のこと 住所 / 電話	ふりがな とうきょう はなこ 氏名 東京 花子 〒 203-0000 東久留米市〇〇町1-1-1	加害者が不明の場合には、氏名欄は「不明」と記入し、加害者が判明次第、東久留米市に連絡をください。 080(0000)0000
発生状況(事故・事件)	事故・事件発生日時	R6 年 4 月 5 日 午前 / 午後 10 時 20 分頃	
	事故・事件発生場所 労災保険対象の確認	東久留米市本町3丁目交差点付近 (交通事故証明書の事故発生場所、証明書が発行されない場合は地番等) 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等で確認し、チェック) <input checked="" type="checkbox"/>	
自賠責(加害者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 〇〇保険株式会社	ふりがな とうきょう はなこ 氏名 東京 花子
	登録番号 / 車台番号 保険期間 / 自賠責証明書番号	登録番号 0000 保険期間 R5 年 10 月 1 日 ~ R7 年 9 月 30 日	車台番号 0000 自賠責証明書番号 第 0000 号
任意(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 △△損害賠償サービスセンター
	取扱店所在地 / 電話	〒 000-0000 〇〇市〇〇町1-1-1	TEL 042(000)0000 E-mail
	担当者名 / E-mail	ふりがな にんいほけんたんとうしゃめい 氏名 任意保険担当者名	
	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	ふりがな とうきょう はなこ 氏名 東京 花子 〒 203-0000 東久留米市〇〇町1-1-1 保険期間 R6 年 1 月 1 日 ~ R6 年 12 月 31 日 契約番号 第 0000 号 有 / 無 <input checked="" type="checkbox"/>	
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 □□保険株式会社 担当者氏名 被保険者保険担当者名	担当部署 □□担当 TEL 042(000)0000
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 〇〇病院 〒 203-0000 東久留米市〇〇町2-2-2	入院 有 / 無 <input checked="" type="checkbox"/> 治療開始日 R6 年 4 月 5 日 治療終了(見込) R6 年 4 月 7 日
	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 〇〇クリニック 〒 203-0000 東久留米市〇〇町2-3-4	入院 有 / 無 <input checked="" type="checkbox"/> 治療開始日 R6 年 4 月 10 日 治療終了(見込) 年 月 日 TEL 042(000)0000
上記のとおり報告します。		記入日 令和 6 年 4 月 12 日	治療が終了している場合は最終受診日も記入願います。
世帯主氏名 東久留米 太郎		世帯主様のご署名 印 ※署名又は記名・押印	
東久留米市長 殿			

(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。