

### 第三者行為による傷病届

項 目		内 容				
届出者(世帯主)	届出者情報	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏名 〒		生年月日 年 月 日	
	※世帯主の情報 ※世帯主の情報を記入	住所 / 電話			TEL ( )	
被害者(受診者)	被保険者記号・番号 / 個人番号		被保険者記号・番号 45 - .		個人番号 	
	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 氏名 〒		届出者との関係 生年月日 年 月 日	
	住所 / 電話				TEL ( )	
加害者(第三者)	氏名	ふりがな 氏名 〒		TEL ( )		
	住所 / 電話					
事故発生状況	事故・事件発生日時		年 月 日 午前 / 午後 時 分頃			
	事故・事件発生場所					
	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等で確認し、チェック)			
自賠責(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 TEL ( )	
	取扱店所在地 / 電話				E-mail	
	担当者名 / E-mail		ふりがな 氏名			
	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			
			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 〒	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 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 ( )	
上記のとおり報告します。						
年 月 日						
世帯主氏名 <span style="float: right;">印 ※署名又は記名・押印</span>						
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。