

第三者行為による傷病届（傷害）

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 〇〇・〇〇〇〇〇	保険者名 〇〇市			
	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 おつやま りょうた 氏名 乙山 良太	生年月日 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日		
		住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇町〇〇番地	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
	（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 checked="" type="checkbox"/>	ふりがな おつやま りょうた 氏名 乙山 良太	届出者との関係 本人		
住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇町〇〇番地	生年月日 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇			
（第三者） 加害者	氏 名	ふりがな こうの たろう 氏名 甲野 太郎				
住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇町〇〇番地〇〇〇〇アパート〇〇〇号室	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇				
事故発生状況	事故発生日時	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 午前/午後 〇〇時 〇〇分頃				
	事故発生場所	〇〇市〇町〇〇番地先路上				
受傷の状況	受傷原因と状況 (どのようにして受傷したか具体的に記入してください)					
治療状況	① 診療機関名 / 入院 / 治療期間	診療機関名	〇〇病院	入院 有/無 <input checked="" type="checkbox"/>	治療開始日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	治療終了(見込) 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
		住所 / 電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇町〇〇番地	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
	② 診療機関名	診療機関名	〇〇整形外科	入院 有/無 <input checked="" type="checkbox"/>	治療開始日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	治療終了(見込) 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
		住所 / 電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇町〇〇番地	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
	③ 診療機関名	診療機関名	〇〇薬局	入院 有/無 <input checked="" type="checkbox"/>	治療開始日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	治療終了(見込) 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
		住所 / 電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇町〇〇番地	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		

※ 次の書類を添付してください。

○念書、誓約書 各1通ずつ

※ この届出書の記載内容でわからないことがあれば、空白のまま提出し、おって判明次第連絡してください。

※ 添付書類について、すぐにそろわないものは後日提出してください。

※ 示談をしている場合には、示談書写しを提出してください。