

### 第三者行為による傷病届

項 目		内 容			
届出者・届出先	被保険者証記号番号 / 保険者名	被保険者証記号番号 大国 -		保険者名 大東市	
	保険者の住所(届出先)	〒 574-8555 大東市谷川1丁目1番1号			
	被保険者氏名 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	ふりがな _____ 氏名 _____ 印 _____ 歳 _____			
(被害者) 被 害 者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな _____ 氏名 _____		男性 / 女性	歳 _____
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 _____		年 月 日 _____	
	住所 / 電話	〒 _____		TEL ( ) _____	
	備 考	_____			
(第三者) 加 害 者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな _____ 氏名 _____		男性 / 女性	歳 _____
	住所 / 電話	〒 _____		TEL ( ) _____	
事 故 発 生	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃			
	事故発生場所	_____			
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名	_____			
	保険契約者名	ふりがな _____ 氏名 _____			
	登録番号	_____			
	車台番号	_____			
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日		自賠責番号 _____	
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名	_____			
	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 _____	
	任意対人一括の有無	有 / 無 _____			
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無 _____		TEL ( ) _____	
治 療 状 況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 _____		治療開始日 _____ 年 月 日	
	所在地	〒 _____		TEL ( ) _____	
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 _____		治療開始日 _____ 年 月 日	
	所在地	〒 _____		TEL ( ) _____	
				入院の有無	有 / 無 _____
				入院の有無	有 / 無 _____

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。  
 (注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。  
 (自賠責共済、任意共済の場合には、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記載して下さい。)