様式第３号（第４条関係）

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	保険者名		
	保険者の住所(届出先)	〒			
	被保険者氏名 ※国保の場合は世帯主氏名	ふりがな 氏 名			
被害者（受診者）	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				
加害者（第三者）	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	保険会社名・担当者名	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 TEL ( )		
	所 在 地	〒	入院の有無	有 / 無	
	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 TEL ( )		
	所 在 地	〒	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。）

様式第３号（第４条関係）