

# 第三者行為による傷病届

記入例

<被害者（被保険者・被扶養者）>

【交通事故】

被保険者	記号	1010	氏名	大楠 太郎	男/女	51 才	事故該当者が本人の場合は口に✓する <input type="checkbox"/>	
	番号	111111	住所	〒 107-8556 東京都渋谷区代々木2-7-7				
	生年月日	昭和 48 年 5 月 6 日			日中連絡可能な電話番号	TEL 03-123-1234		
事故該当者 被扶養者 (家族)の場合	氏名	大楠 花子	男/女	50 才	続柄	妻 生年月日 昭和 47 年 6 月 7 日		
	住所	〒 107-8556 東京都渋谷区代々木2-4-9			日中連絡可能な電話番号	TEL 045-123-1234		
治療状況	病院名	●●●総合病院			主傷病名	大腿骨骨折・全身打撲 他		
	治療期間	自 : 令和 3 年 5 月 ~ : 至 年 月			治療中 ・ 治癒			
	病院名				主傷病名			
	治療期間	自 : 年 月 ~ : 至 年 月			治療中 ・ 治癒			
人身傷害 保険確認	被保険者又は被扶養者の自動車損害賠償保険契約(任意保険)について 今回の治療にご自身の任意保険の人身傷害補償保険を使用していますか? <input checked="" type="radio"/> いる <input type="radio"/> いない (いる)の場合は下記↓へ記入 加入保険会社名称( 損害保険●●(株) ) 連絡先( 03-444-1234 ) 担当者名( ●●●● )							

<加害者（事故相手）>

加害者	氏名	鈴木 一郎	男/女	49 才	生年月日	昭和 48 年 6 月 15日		
	住所	〒 107-8111 東京都港区赤坂3-3			TEL	03-333-1234		
	勤務先 名称	あけぼの商事(株)			所属	営業課		
	勤務先 住所	〒 107-8222 東京都港区六本木5-5-5			TEL	03-444-1234		
自賠償保険	保険会社 名称	日本海上火災保険(株)		担当部署	自賠償課	担当者名	山田	
	保険会社 住所	〒 107-6666 東京都港区赤坂3-4-5			TEL	03-555-1111		
	証明番号	ABC-11223344		契約期間	令和 4 年 4 月 2 日 ~ 令和 4 年 6 月 1 日			
	保険 契約者	鈴木 一郎		加害者との 関係	本人 / 従業員 / 家族 / その他 ( )			
任意保険	保険会社 名称	東京損害保険(株)		担当部署	事故サービス課	担当者名	佐藤	
	保険会社 住所	〒 107-6666 東京都港区赤坂6-7-8			TEL	03-666-2222		
	証明番号	F300-5948J		契約期間	令和 3 年 4 月 2 日 ~ 令和 4 年 6 月 1 日			
	保険 契約者	鈴木 一郎		加害者との 関係	本人 / 従業員 / 家族 / その他 ( )			

備考	
----	--