

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）>

【交通事故外】

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 次郎	男・女	21 才	続柄	二男		生年月日	平成 12 年 5 月 10 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 03-123-1235			
治療状況	病院名	●●●総合病院			主傷病名	顔面打撲・顎骨骨折 他			
	治療期間	自 : 令和 3 年 3 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? (いる ・ 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				
加害者が 未成年等の 場合の 親権者	氏名				男・女	才	生年月日	年 月 日		
	住所	〒			TEL					
	勤務先名称				所属					
	勤務先住所	〒								
賠償責任 保険等	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 1 年 6 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	※請求先についてご記入下さい									