

第三者行為による傷病届(個人賠償保険等)				
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 ※国民健康保険の場合は世帯主氏名	ふりがな 氏 名	印	
(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	()
	※ 個人番号			
(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			
	事故の原因及び状況			
個 人 賠 償 保 険 等 (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	
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

※後期高齢者被保険者は個人番号を記入する必要はありません。