

### 第三者行為による傷病届

項 目		内 容			
届出者	被保険者証記号番号	記号		番号	
	被保険者氏名	⑩			
被害者	氏名		性別		年齢
	続柄		生年月日		
	住所・電話				
加害者	氏名		生年月日		
	住所・電話				
事故発生	日 時				
	場 所				
自賠責保険※	保険会社名				
	保険契約者				
	登録番号				
	車台番号				
	保険期間/自賠責番号				
任意保険※	保険会社名				
	取扱店所在地・電話				
	担当者名/Eメール				
	保険契約者名				
	住 所				
	保険期間/契約番号				
	任意対人一括の有無				
被害者加入の保険会社関与の有無 (注)		有・無			
治療状況	診療機関名/治療開始日/電話				
	所在地				
	診療機関名/治療開始日/電話				
	所在地				

**本件は、業務上または通勤による交通事故ではありません。**

※加害者の加入している保険について記入してください。

(注) 保険会社の関与がある場合は、有無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ください。