（宛先）池田市長

第三者行為による傷病届

記入方法

項目			内容		
届出者（被保険者名等）	被保険者記号・番号 / 保険者名		被保険者記号・番号 〇国　12345	保険者名 〇〇市・〇〇国保組合・大阪府後期高齢者医療広域連合	
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、後期高齢者医療は被保険者の情報を記入	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏　名		生年月日 年　月　日
		住所 / 電話	〒		TEL （　　）
被害者（受診者）	氏名 / 続柄 / 生年月日	届出者の情報と同じ場合はチェック □	ふりがな 氏　名	届出者との関係	生年月日 年　月　日
	住所 / 電話		〒		TEL （　　）
加害者（第三者）	氏　名		ふりがな 氏　名		
	住所 / 電話		〒		TEL （　　）
事故発生状況	事故発生日時		年　月　日　午前 / 午後　時　分頃		
	事故発生場所				
	労災保険対象の確認		本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 （※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック）		□
自賠責保険（加害者）	保険会社名 / 保険契約者名		保険会社名	ふりがな 氏　名	
	登録番号 / 車台番号		登録番号 （車両番号〈ナンバープレート〉）	車台	
	保険期間 / 自賠責証明書番号		保険期間 年　月　日 ～　年　月　日		第　号
任意保険（加害者）	保険会社名 / 担当部署		保険会社名	担当部署	
	取扱店所在地 / 電話		〒		TEL （　　）
	担当者名 / E-mail		ふりがな 氏　名		
	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		第　号
	任意対人一括の有無		有 ／ 無		
被害者加入の保険会社の関与		関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 □　無 □	保険会社名 担当者氏名		（　　）
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※治療終了日（見込）については可能な範囲でご記入ください。		① 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日　年　月　日 治療終了（見込）　年　月　日
			〒		TEL （　　）
			② 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日　年　月　日 治療終了（見込）　年　月　日
			〒		TEL （　　）
			③ 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日　年　月　日 治療終了（見込）　年　月　日
			〒		TEL （　　）
傷病届作成日 / 作成支援の有無			年　月　日	本届出書を損害保険会社等（業務委託先を含む）の支援を受けて作成した場合はチェック	□

被保険者（被害者）の健康保険証の情報

第三者（相手方）が2人以上の場合は併記または別紙にご記入ください。

交通事故証明書の情報

第三者（相手方）が加入する損保会社が治療費等の対応を行っている場合はご記入ください。

被害者（被保険者）が加入する損保会社が治療費等の対応を行っている場合はご記入ください。

（注）本書は、自賠責共済、任意共済の場合、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ご記入ください。