

記載例

第三者行為による傷病届

届出者	被保険者証記号番号(保険者名)	1234 — 567890	(大阪工作機械健康保険組合)
	保険者の住所	大阪市天王寺区上本町7-1-24 松下ビル8階	
	被保険者氏名	大阪 耕作	Ⓔ
被害者 (受診者)	氏名・性別・年齢	大阪 花子	男・ 女 30 歳
	続柄・生年月日	妻	S・ H ・R 2年 1月 1日
	住所・電話番号	大阪市A区B町1-2-3-111	06-1234-56789
加害者 (第三者)	氏名・性別・年齢	神戸 太郎	男 ・女 20 歳
	住所・電話番号	神戸市C区D町9-8-7	090-1234-56789
事故発生	事故発生日時	R 2年 2月 29日・15時 45分頃	
	事故発生場所	大阪市A区B町1-3-5	
	何をしとき	工作中・通勤時・ 私用中 (日用品の買物)・その他()	
自賠責保険 (加害者)	保険会社名	〇〇損害保険	
	保険契約者名	神戸 太郎	
	登録番号	阪奈 999 あ 1234	
	車台番号	ABCDEF - 1234567	
	保険期間/自賠責番号	H31年1月1日 ~ R2年12月31日	番号 (Z999999)
任意保険 (加害者)	保険会社名	△△損害保険	
	取扱店所在地・電話	東京都E区F町11-12-13	03-9876-54321
	担当者名/Eメール	損保 吾郎	goro@sankakusonpo.co.jp
	保険契約者名	神戸 太郎	
	住所	東京都G市H町19-18	
	保険期間/契約番号	R1年1月1日 ~ R2年12月31日	番号 (abc-123456)
	任意対人一括の有無	有 ・無	
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有・ 無	
	診療機関名/治療開始日/電話番号	大阪整形外科	R2年2月29日
	所在地/入院の有無	大阪市I区J町1-1-1	有 ・無
	診療機関名/治療開始日/電話番号	工作整形外科	R2年3月2日
	所在地/入院の有無	大阪市A区B町3-2-1	有・ 無

(注)保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄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。

(自賠責共済、任意共済の場合には、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記載してください。)