第三者行為による傷病届

項目			内容		
届出者（被保険者名）	被保険者記号－番号 / 保険者名		被保険者記号－番号 〇〇 ― 〇〇〇	保険者名 大阪港湾健康保険組合	
	被保険者情報	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏 名　被保険者の氏名をご記入ください		生年月日 〇〇 年 〇〇月 〇〇日
		住所 / 電話	〒 〇〇〇－〇〇〇〇 被保険者の住所をご記入ください		TEL 日中繋がりやすい番号をご記入ください 〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇
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　被害者が被扶養者の場合はご記入ください	届出者との続柄 （続柄）	生年月日 〇〇 年 〇〇月 〇〇日
	住所 / 電話		〒 〇〇〇－〇〇〇〇 被扶養者の住所をご記入ください		TEL 日中繋がりやすい番号をご記入ください 〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇
加害者（第三者）	氏　名		ふりがな 氏 名　相手の氏名をご記入ください		
	住所 / 電話		〒 〇〇〇－〇〇〇〇 相手の住所をご記入ください		TEL 判明していればご記入ください 〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇
事故発生状況	事故発生日時		〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日　午前 / 午後 〇〇 時 〇〇 分頃		
	事故発生場所		事故証明書に記載されている事故発生場所をご記入ください		
	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 相手方の自賠責保険会社をご記入ください	ふりがな 氏 名　自賠責保険の契約者をご記入ください	
	登録番号 / 車台番号		登録番号 相手方の自動車登録ナンバーをご記入ください	車台番号 わかる範囲でご記入ください	
	保険期間 / 自賠責証明書番号		保険期間 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ～ 〇〇年 〇〇月 〇〇日		自賠責証明書番号 第 〇〇〇〇〇〇〇〇〇 号
任意保険（加害者）	保険会社名 / 担当部署		保険会社名 相手方の任意保険会社をご記入ください	担当部署 わかる範囲でご記入ください	
	取扱店所在地 / 電話		〒 相手方の任意保険会社取扱店の住所をご記入ください		TEL 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇
	担当者名 / E-mail		ふりがな 氏 名　任意保険会社の担当者名をご記入ください		E-mail
	保険契約者名		ふりがな 氏 名　相手方の任意保険に契約している方の氏名をご記入ください		
	住所		〒 契約されている方の住所をご記入ください		
	保険期間 / 契約番号		保険期間 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ～ 〇〇年 〇〇月 〇〇日		契約番号 第 〇〇〇〇〇〇〇〇〇 号
	任意対人一括の有無		どちらかに〇をしてください⇒　有 ／ 無		
被害者加入の保険会社の関与 どちらかにチェックしてください		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 被害者が加入している任意保険会社名をご記入ください	担当部署 わかる範囲でご記入ください	
			担当者氏名 連絡している担当者の氏名をご記入ください		TEL 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇
治療状況	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。 受診している病院等が複数ある場合は、すべてご記入ください。		① 診療機関名 病院名をご記入ください	入院 有 / 無	治療開始日 〇〇 年 〇〇月 〇〇日 治療終了(見込) 〇〇 年 〇〇月 〇〇日
			〒 所在地をご記入ください		TEL 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇
			② 診療機関名 病院名をご記入ください	入院 有 / 無	治療開始日 〇〇 年 〇〇月 〇〇日 治療終了(見込) 〇〇 年 〇〇月 〇〇日
			〒 所在地をご記入ください		TEL 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇
			③ 診療機関名 病院名をご記入ください	入院 有 / 無	治療開始日 〇〇 年 〇〇月 〇〇日 治療終了(見込) 〇〇 年 〇〇月 〇〇日
			〒 所在地をご記入ください		TEL 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇
傷病届作成日 / 作成支援の有無			〇〇 年 〇〇月 〇〇日	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	□

（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。