

# 第三者行為による傷病届

## (自賠責・任意保険)

様式第4号の1

項 目		内 容	
(被 届 出 者 等)	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 和〇〇 〇〇〇〇〇〇	保険者名 〇〇市町村
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>	ふりがな 氏名 ごほ はなこ 国保 花子 ①	生年月日 〇 年 〇 月 〇 日
	住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇111-1	TEL 〇〇(〇〇)〇〇
(被 害 者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	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)	氏 名	ふりがな 氏名 きゅうしゅう たろう 求償 太郎	TEL 〇〇(〇〇)〇〇
	住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇222-2	TEL 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	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇町〇〇333-3	
	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	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 〇〇海上火災保険	ふりがな 氏名 きゅうしゅう たろう 求償 太郎
	登録番号 / 車台番号	登録番号 和歌山〇〇〇 た〇〇〇〇	車台番号 〇〇〇〇〇〇
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 〇〇 年 〇 月 〇 日 ~ 〇〇 年 〇 月 〇 日	自賠責証明書番号 第 ABC-123-456 号
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 〇〇損害保険	担当部署 〇〇〇〇〇〇部
	取扱店所在地 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇444-4	TEL 〇〇(〇〇)〇〇
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 そんぼ だいすけ 損保 大輔	E-mail 〇〇 @ 〇〇.jp
	保険契約者名	ふりがな 氏名 きゅうしゅう たろう 求償 太郎	
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇222-2	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 〇〇 年 〇 月 〇 日 ~ 〇〇 年 〇 月 〇 日	契約番号 第 1122334455 号
任意対人一括の有無	有 / 無 有		
被 害 者 加 入 の 保 険 会 社 の 関 与	保険会社名	担当部署	
	担当者氏名	TEL ( )	
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 〇〇総合病院	入 院 有 / 無 有
	住所 / 電話番号 <small>※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。</small>	治療開始日 〇 年 〇 月 〇 日	治療終了(見込) 〇 年 〇 月 〇 日
		TEL 〇〇(〇〇)〇〇	
	② 診療機関名 〇〇整形外科	入 院 有 / 無 無	治療開始日 〇 年 〇 月 〇 日
	治療終了(見込) 〇 年 〇 月 〇 日		
	TEL 〇〇(〇〇)〇〇		
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 ⑥	〇〇 年 〇 月 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	<input checked="" type="checkbox"/>

**チェック①**  
押印は不要。

**チェック②**  
事故発生の年月日、時間、場所を「交通事故証明書」等で確認して必ず記入。  
併せて労災保険の対象でないことも確認。

**チェック③**  
自賠責保険会社、証明書番号等を「交通事故証明書」等で確認して必ず記入。  
★網かけ部分は必須項目。

**チェック④**  
任意保険の有無を確認し、有のときは必ず保険会社、証券番号等を記入。  
★網かけ部分は必須項目。

**チェック⑤**  
被害者(被保険者)が加入している任意保険の人身傷害保険などが対応する場合は必ず記入。

**チェック⑥**  
傷病届の作成日を記入。  
また、損保会社の支援を受け作成した場合はチェックを入れる。

(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。

### 医療費を立て替えています

国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険が加害者にかわって一時的に医療費を立て替えていることを理解してもらってください。