

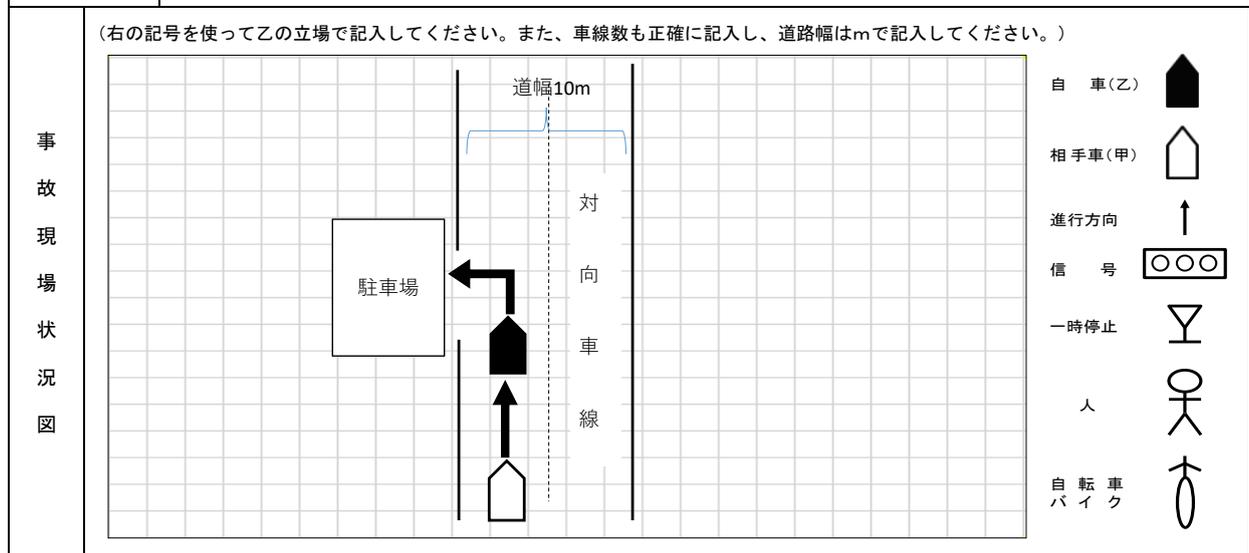
様式第4号		第三者行為による傷病届				
項目		内容				
(被保険者名等) 届出者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 あ 000-1111		保険者名 足利市国民健康保険		
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏名	こくほ たろう 国保 太郎	生年月日 S●●年 ●月 ●日	
		住所 / 電話	〒 326-●●●●● 栃木県足利市●●町100番地		TEL 0284(●●)●●●●	
(被害者) 被診者	氏名 / 続柄 / 生年月日	届出者の情報と同じ場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/>	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	あいて はなこ 相手 花子		生年月日	
	住所 / 電話	〒 326-●●●●●	栃木県足利市●●町1234番地		TEL 0284(00)2222	
事故発生状況	事故発生日時	R3 年 7 月 1 日 午前 午後 10 時 00 分頃				
	事故発生場所	栃木県足利市●●町××付近の交差点				
	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(加害者) 賠償者	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ●●火災海上保険	ふりがな 氏名	あいて はなこ 相手 花子		
	登録番号 / 車台番号	登録番号 とちぎ●●●● あ●●●●	車台番号	AB●●C-●●●●●●		
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号 第 ●●●● 号			
任意保険(加害者) 任意保険	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 ●●保険会社	担当部署	●●担当		
	取扱店所在地 / 電話	〒 ●●●●-●●●●	TEL	●●●●(●●)●●●●		
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名	ほけん じろう 保険 二郎	E-mail		
	保険契約者名	ふりがな 氏名	あいて はなこ 相手 花子			
	住所	〒 ●●●●-●●●●	●●県●●市●●町1234番地			
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号 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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 ●●保険会社	担当部署			
		担当者氏名 保険 二郎	TEL	●●●●(●●)●●●●		
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 ●●病院	入院 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	治療開始日 R3 年 7 月 1 日		
		〒 326-●●●●●	治療終了(見込) 年 月 日	TEL ●●●●(●●)●●●●		
	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。	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	R● 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 <input checked="" type="checkbox"/>				

(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。

様式第3号

事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第 ●● 号	当事者 甲 (加害者)	氏名	相手 花子		
自動車の 登録番号	あ 00-00	乙 (被害者)	氏名	国保 太郎	運転・同乗・歩行・その他	
天候	晴・曇・雨・雪・霧・()	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方	
道路状況	舗装: (してある) していない ・ 歩道: (ある) ない ・ 道路の見通し: (良い) 悪い 中央車線: (ある) ない ・ 道路の状況: (直線) カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路					
信号又は標識	信号: (ある) (ない) ・ 自車側信号: (青・赤・黄) ・ 相手側信号: (青・赤・黄) 駐停車禁止: (されている) (されていない) ・ その他標識: ()					
速度	甲車両: 10 km/h (制限速度 40 km/h) ・ 乙車両: 40 km/h (制限速度 40 km/h)					



事故発生
現場
状況
図

駐車場へ入ろうとしてブレーキをかけ減速したところ、相手に後方から追突された。

被害者の 負傷 状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日	<input checked="" type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇を含む)	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中	<input type="checkbox"/> 通勤途上	<input type="checkbox"/> 出張中	<input checked="" type="checkbox"/> 私用	<input type="checkbox"/> その他 ()
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内	<input checked="" type="checkbox"/> 道路上	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	労災特別加入※ <small>※社長、役員等の経営者が加入する労災保険</small>	(被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入)			<input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無	

上記内容に間違いありません。

※署名又は記名・押印

令和 ●● 年 ●月 ●●日

届出者(被保険者) :
※未成年の場合は親権者等

国保 太郎 印

(注) 本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰ってください。