

第三者行為による傷病届（交通事故用）

項 目	内 容		
届 出 者	被保険者証記号番号(保険者名)	記号 〇〇〇 番号 □□□ (神奈川県電設健康保険組合)	
	保険者の住所(届出先)/電話	〒231-0033 神奈川県横浜市中区長者町4-11-11 ☎ 045-315-5141 長者町デュオビル5階	
	被保険者氏名	電 設 太 郎	
被 害 者 (受診者)	氏名・性別・年齢	電 設 花 子 男・ 女 (△△ 歳)	
	続柄・生年月日	妻	昭和 平成・令和 年 月 日
	住所・電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 神奈川県 〇〇市 〇〇町 〇〇〇-〇〇 (☎ 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	
加 害 者 (第三者)	氏名・性別・年齢	健 保 一 郎 男 ・女 (□□ 歳)	
	住所・電話	〒 □□□-□□□□ 神奈川県 □□市 □□町 □□-□□□ (☎ □□□ - □□□ - □□□□)	
事 故 発 生	事故発生日時	令和 1 年 6 月 10 日 午前・ 午後 1 時 00 分	
	事故発生場所	神奈川県 △△市 △△町 △△-△△ △△交差点付近	
自 賠 責 保 険 (加害者)	保険会社名 (連絡先)	〇△□損害保険(株) ☎ 〇△□-〇△□-〇△□〇	
	保険契約者名	健 保 一 郎	
	登録番号 / 車台番号	横浜 333 あ 1234	abcdef - 1234567
	保険期間	令和 1 年 6 月 1 日 ~ 令和 3 年 5 月 31 日	
	自賠責番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
任 意 保 険 (加害者)	保険会社名	△□〇損害保険(株)	
	取扱店所在地・電話	〒 △△△-△△△△ 神奈川県 △△市 △△区 △△町 △△-△△△△ (☎ △△△ - △△△ - △△△△)	
	担当者名 / Eメール	損 保 二 郎	sonpo-jiro@●●●●●. co. jp
	保険契約者名 / 住所	健 保 一 郎	神奈川県 □□市 □□町 □□-□□□
	保険期間	令和 1 年 6 月 1 日 ~ 令和 2 年 5 月 31 日	
	契約番号 / 任意対人一括の有無	abc - 123456	有 ・無
被害者加入の保険会社関与の有無(注)			
有 ・無		□△〇損害保険(株)	☎ □△〇-□△〇-□△〇□ 担当者 (保 險 三 郎)
治 療 状 況	診療機関名/治療開始日/電話	〇〇〇整形外科	令和 1. 6. 10 ☎ △△〇-△△〇-△△〇△
	所在地	神奈川県 〇〇市 〇〇町 1-2-3	
	診療機関名/治療開始日/電話	□□□大学附属病院	令和 1. 6. 11 ☎ □〇△-□〇△-□〇△□
	所在地	神奈川県 〇〇市 〇〇区 〇〇町 123	
		入院の有無	有 ・無

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は勤務による交通事故ではありません。

(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。)