

# 第三者行為による傷病届（福祉医療）

受 付 印

(宛先) 姫路市長

項 目	内 容			
届 出 者	住所	姫路市		
	氏名／連絡先		TEL (      )	
	受給者との続柄			
( 受 給 者 ) 被 害 者	医療種別／受給者番号	乳・こ・母・移・障・高	受給者番号	
	保険種別／記号番号	国・協・組・日・船・共	被保険者証記号番号	
	保険者番号／発行機関名	保険者番号	発行機関名	
	被保険者証資格取得日	年      月      日		
	住所	姫路市		
	氏名／生年月日		生年月日 年      月      日	
( 加 害 者 ) 第 三 者	住所 / 連絡先	姫路市	TEL (      )	
	氏名 / 性別 / 年齢	氏名	男性 / 女性	歳
事 故 発 生	事故発生日時	年      月      日      午前・午後      時      分頃		
	事故発生場所			
自 賠 責 保 険 ( 加 害 者 )	保険会社名			
	保険契約者名			
	登録番号			
	車台番号			
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間	自賠責番号	
任 意 保 険 ( 加 害 者 )	保険会社名			
	取扱店所在地 / 電話		TEL (      )	
	担当者名 / E-mail	担当者氏名	E-mail	
	保険契約者名	契約者氏名		
	住 所	姫路市		
	保険期間 / 契約番号	保険期間	契約番号	
	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	保険会社名・担当者名	TEL (      )	

※裏面へ続く

項 目		内 容			
治療状況	傷 病 名				
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名	治療開始日	年	月 日
		TEL ( )			
	所 在 地			入院の有無	有 / 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名	治療開始日	年	月 日
		TEL ( )			
	所 在 地			入院の有無	有 / 無
診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名	治療開始日	年	月 日	
	TEL ( )				
所 在 地			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通勤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下さい。  
(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下さい。)