

被害者 - 被保険者  
加害者 - 相手

※①～⑨は注意事項がありますので、  
次ページを参照して下さい。

# 第三者行為傷病届

該当種別に○

①	被害者	被保険者証の記号番号	○○○○○○○○	被保険者受給氏名	本人 太郎	国保	退職	後期高齢	福祉	介護		
		受給(資格)者証の番号		昭和○○年○○月○○日生			本・家					
②	加害者	住所	△△郡△△村○-○	氏名	相手 花子	電話	△△△-△△△△					
③	加害者の主使用	住所	□□郡□□村○-○	氏名	□□□□会社	電話	□□□-□□□□					
④	発生日時	○○年 ○月 ○日 (午前/午後) 11時30分頃 天候 曇			発生場所	××郡××村1-2-3						
⑤	事故発生の原因及び状況	別紙事故発生状況報告書のとおり										
⑥	傷病及び負傷の程度	××××骨折			治ゆまでの見込み	全治○か月○○日						
		初診	○○年○○月○○日	保険診療	① ○○年○○月○○日から診療している。 2 していない。							
⑦	医療機関名	当初	●●病院	電話	●●●●●●	転医後	××整形外科	電話	×××-××××			
⑧	自動車事故の場合の加害自動車	自賠責保険	会社名(共済名)	△△損害保険株式会社		証明書番号	123-456789					
			保険期間	△△年△△月△△日～ △△年△△月△△日		登録番号(フリートナンバー)	群馬 △△△ あ △△△△					
			契約者住所	△△郡△△村○-○		氏名	相手 花子					
			所有者住所			氏名						
		任意保険	会社名(共済名)	□□□□火災海上保険株式会社		担当者氏名	□□△△	電話	□□□-△△△△			
			証券番号(契約番号)	第□□-□□□号		保険期間	□□年□□月□□日～ □□年□□月□□日		□ か月			
契約者住所	△△郡△△村○-○		氏名	相手 花子								
⑨	示談の有無	有	無	未交渉 ← 交渉経過を記載								
⑨	該当項目に✓	<input checked="" type="checkbox"/>	国民健康保険法施行規則第32条の6									
		<input type="checkbox"/>	高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定により上記のとおりお届けします。									
		<input type="checkbox"/>	福祉医療費の支給に関する条例第 条第 項第 号									
		<input type="checkbox"/>	介護保険法施行規則第33条の2									
		〇〇年 〇〇月 〇〇日	住所		〇〇郡〇〇村○-○							
		記入日を記載	世帯主	氏名	本人 太郎		署名・捺印					
		嬬恋村長 熊川 栄 様	電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇								

1 国保・退職・後期高齢・福祉・介護の該当する箇所を○で囲んでください。(退職の本人は本、家族は家)

2 次の書類を添付して提出してください。

(1)交通事故証明書 (2)事故発生状況報告書 (3)念書 (4)誓約書(加害者) (5)示談書(写)

(6)その他[加害者の自動車検査証(写)、自賠責保険(共済)証明書(写)、任意保険(共済)証券(写)等]

◆**第三者行為傷病届（様式第3号）記入についての注意事項**◆

① 被害者

●被保険者の過失が大の場合であっても、負傷した被保険者はすべて被害者となります。（被保険者が追突した場合であっても被害者です。）

◆ 被保険者証の記号番号

負傷した時点または、保険診療を開始した時点の記号番号を記載する。

◆ 受給（資格）者証の番号

福祉医療受給者の場合のみ記載する。

② 加害者

●被保険者の過失が大の場合であっても、相手がすべて加害者となります。

◆ 住所、氏名及び電話番号

加害者本人の住所、氏名及び電話番号

③ 加害者の使用主

●加害者が業務中に起こした事故の場合に記載する。

◆ 住所、氏名及び電話番号

加害者の勤務先（事業所）の住所、名称（代表者名）及び電話番号

④ 発生日時・場所

事故発生日時、天候及び発生場所

⑤ 事故発生の原因及び状況

「別紙事故発生状況報告書のとおり」と記載する。

⑥ 傷病及び負傷の程度

◆ 傷病名

具体的疾病名を記載する。

◆ 治ゆまでの見込み

診断書等による治療期間を記載する。不明の場合は未定とし、すでに治療が終了している場合には、実際の入通院日数を記載する。

◆ 初診及び保険診療

初診年月日を記載し、すでに保険診療を受けている場合には、1に○をして、保険診療を開始した年月日を記載する。まだ保険診療を受けていない場合には、2に○をする。

⑦ 医療機関名（当初・転医後）

診療を受けた医療機関名及び電話番号を記載する。当初又は転医後において自由診療の場合であってもすべて記載し自由診療等の場合はその旨記載する。

⑧ 自動車事故の場合の加害自動車

（ア）自賠責保険

●加害者の自賠責保険

（イ）任意保険

●加害者の任意保険

⑨ 示談の有無

◆ 交渉経過

被保険者自身の契約する人身傷害型保険（任意保険の特約）で対応している場合には、その旨を記載する。（例 「人傷社で対応」）