

※不明な個所（第三者氏名など）は空欄でも可能です。

第5号様式(第19条関係)

第三者行為による傷病届

項目		内容		
(被保険者名等)	被保険者記号・番号／保険者名 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	被保険者記号・番号 谷国 123456 ふりがな ちゃたん たろう 氏名 北谷 太郎 〒123-4567 北谷町●●●●●●●●●●	保険者名 北谷町 生年月日 昭和●年●月●日 TEL 090(●●●)●●●●	
	氏名／生年月日 住所／電話			
(被害者)	氏名／続柄／生年月日 住所／電話	ふりがな ↑上記と異なる場合は記入して下さい。 氏名 チェック <input checked="" type="checkbox"/>	届出者との関係 生年月日 年 月 日 TEL ()	
加害者(第三者)	氏名 住所／電話	ふりがな おきなわ たろう 氏名 沖縄 太郎 〒765-4321 ●●●●●●●●●●●●	TEL 090(●●●)●●●●	
事故発生状況	事故発生日時 事故発生場所 労災保険対象の確認	令和5年●●月●●日 午前/午後 9時00分頃 北谷町桑江交差点 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) <input checked="" type="checkbox"/>		
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／自賠責証明書番号	保険会社名 ●●●●●●●● 登録番号 沖縄 123 あ 45-67 保険期間 令和4年●●月●●日～令和5年●●月●●日	ふりがな ちゃたん たろう 氏名 北谷 太郎 車台番号 ●●●●●●●●●●●● 自賠責証明書番号 第 ●●●● 号	
任意保険(加害者)	保険会社名／担当部署 取扱店所在地／電話 担当者名／E-mail 保険契約者名 住所 保険期間／契約番号 任意対人一括の有無	保険会社名 ●●●●●●●● 〒111-1111 ●●●●●●●● ふりがな 氏名 ●● ●● ふりがな おきなわ たろう 氏名 沖縄 太郎 〒765-4321 ●●●●●●●●●●●● 保険期間 令和4年●●月●●日～令和5年●●月●●日	担当部署 ●●●●●●●● TEL 098(●●●)●●●● E-mail 契約番号 第 ●●●● 号 (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 ●●●●●●●● 担当者名 ●● ●●	担当部署 ●●●●●●●● TEL 098(●●●)●●●●	
治療状況	診療機関名／入院／治療期間 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。	① 診療機関名 ●●病院 〒000-0000 沖縄市●●●●●●●●●● ② 診療機関名 〒 ③ 診療機関名 〒	入院 有／無 治療開始日 令和5年●月●日 治療終了(見込) 令和5年●月●日 TEL 098(●●●)●●●● 治疗开始日 年 月 治疗终了(见込) 年 月 TEL () 治疗开始日 年 月 治疗终了(见込) 年 月 TEL ()	
	傷病届作成日／作成支援の有無	令和5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 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。