

第三者の行為による傷病届

(本人・家族)

(交通事故 その1)

被害者 (本人・家族)	被保険者証	記号	1 6	(フリガナ)			
		番号		氏名	Ⓔ		
	現住所	〒 _____		TEL _____			
	被保険者が勤務している事業所	名称					
	所在地	〒 _____		TEL _____			
被扶養者がうけた事故であるとき	(フリガナ)			続柄			
	氏名						
加害者 (相手関係)	加害者	(フリガナ)			生年月日	昭・平・令	
		氏名				年 月 日	
		現住所	〒 _____		TEL _____		
	勤務先	名称			事業職種		
	所在地	〒 _____		TEL _____			
	加害者の住所氏名が判らないとき	その理由					
事故内容	傷病名			事故年月日	令和 年 月 日	午前・午後 時 分頃	
	発生の場所						
	公私等の別	<input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中(行き・帰り) <input type="checkbox"/> 私用					
	種別	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自動二輪(バイク) <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 同乗者 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> その他()					
	事故結果	<input type="checkbox"/> 死亡(・即死・入院直後・入院中) (死亡日: 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 治療(入院 / 通院)					
	警察官の立会	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ないが届済 <input type="checkbox"/> わからない					
	所轄署	警察署		派出所			
過失の度合	自分 が なん ぶ		相手 が なん ぶ				
	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10				
この届に添えて 提出する書類	1. 交通事故証明書 2. 事故発生状況報告書 3. 念書 4. 診断書の写し(手元にある場合のみで可) 5. 死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書 6. 示談している時は示談書の写し				受付年月日		

第三者の行為による傷病届

(本人・家族)

(交通事故 その2)

加害者（相手側）の自動車保険加入状況	自賠責保険	加入の有無	ある・ない		保険契約期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
		保険証明書番号	第 号		契約者氏名		
		契約保険会社	名称				
	所在地		〒 _____ TEL _____				
	任意保険	加入の有無	ある・ない		保険契約期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
		保険証明書番号	第 号		契約者氏名		
契約保険会社		名称					
	所在地	〒 _____ TEL _____					
示談状況	・示談又は和解 令和 年 月 日 現在 (成立した ・ 交渉中)						
	・示談又は和解をしない(請求権放棄) 理由 : ()						
損害賠償の状況	保険会社に対する損害賠償請求	した (請求者名) ・ しない ・ 請求中					
	加害者に対する損害賠償請求	した (令和 年 月 日請求) ・ しない ・ 請求中					
治療状況	①	医療機関	名称				
			所在地	TEL _____			
		支払方法	・ 健康保険使用 (窓口での負担 有 ・ 無) ・ 自費(全額自己負担) ・ 加害者負担				
		治療状況	入院	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	通院		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	②	医療機関	名称				
			所在地	TEL _____			
		支払方法	・ 健康保険使用 (窓口での負担 有 ・ 無) ・ 自費(全額自己負担) ・ 加害者負担				
治療状況		入院	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	通院	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
治癒見込 : 令和 年 月 頃			治療終了日 : 令和 年 月 日				