

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 0 1	(フリガナ)	ケンコウ タロウ
		番号	1 2 3 4 5 6	氏 名	健康 太郎 
	現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇		TEL 0000-00-0000	
		千葉県市川市〇〇〇 1-2-3			
被保険者が勤務 している事業所	名称	山崎製パン株式会社			
	所在地	〒 101-8585		TEL 03-3864-3111	
	東京都千代田区岩本町3-10-1				
被扶養者がうけた 事故であるとき	(フリガナ) 氏 名			続柄	
加害者 (相手関係)	(フリガナ) 氏 名	クミアイ イチロウ		生年月日	昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日
		組合 一郎			
	現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇		TEL 03-0000-0000	
	東京都〇〇区〇〇〇 5-4-3				
勤務先	名称	千代田産業(株)		事業 職種	建材販売業
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇		TEL 03-0000-0000	
	杉並区〇〇〇 6-7-8				
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	頭部打撲、右足骨折		事故 年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 午前・午後 午後 10時00分頃
	発生の場所	千葉県市川市市川5-4-3 光路上			
	公私等の別	・勤務中		・通勤途中(行き・帰り)	
		・私用			
	種別	・自動車		・自動二輪(バイク)	
		・歩行者		・自転車	
		・同乗者		・その他()	
事故結果	・死亡(・即死)・入院直後・入院中(死亡日: 令和 年 月 日)				
	・治療(入院)通院				
警察官の立会	・あった				
	・ない				
	・ないが届済				
	・わからない				
所轄署	市川 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	受付年月日
	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		

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 令和〇〇年〇〇月〇〇日 至 令和〇〇年〇〇月〇〇日
		保険証明書番号	第 16-55610 号		契約者 氏名	組合 一郎
		契約保険会社	名称	〇〇海上火災保険(株)		
所在地	〒 100-0000		TEL 03-0000-0000			
任意 保険	加入の有無	ある・ない		保険契約 期間	自 令和〇〇年〇〇月〇〇日 至 令和〇〇年〇〇月〇〇日	
		保険証明書番号	第 CV-123456 号		契約者 氏名	組合 一郎
		契約保険会社	名称	××損害保険(株)		
所在地	〒 100-0000		TEL 03-0000-0000			
示談 状況	・示談又は和解 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 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	〇〇大学医学部付属病院		TEL 03-2222-3333
		所在地	※※区〇〇1-1-1			
	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	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日			
		通院	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日			
	②	医療機関	名称	TEL		
所在地						
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				
治療見込 : 令和 年 月 頃			治療終了日 : 令和 年 月 日			