

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)	記号・番号	16 01 - 123456	(フリガナ) 氏 名	ケンコウ タロウ 健康 太郎 印	
	現住所	〒 000 - 0000 東京都〇×区 1-2-3 TEL 00-0000-0000			
	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 東京都千代田区岩本町3-10-1 TEL 03-3864-3111		
	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	加害者	(フリガナ) 氏 名	クマイ イロウ 組 合 一 郎	生年月日	昭 平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日
		現住所	〒 000-0000 東京都〇〇区〇〇〇 5-4-3 TEL 00-0000-0000		
	勤務先	名 称	△△△産業	事業 職種	〇〇販売業
		所在地	〒 000-0000 東京都〇〇区××× 6-7-8 TEL 00-0000-0000		
	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	頸椎捻挫・胸部打撲		事 故 年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 午前・午後 〇〇時 〇〇分頃
	発 生 の 場 所	千葉県〇〇市〇〇1-2-3 先路上			
	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) ・自転車 ・同乗者 ・歩行者 ・その他()			
	事 故 結 果	・治療(入院・通院) ・死亡(即死・入院直後・入院中)			
	警察官の立会	・あった ・ない ・ないが届済			
	所 轄 署	〇〇〇 警察署 派出所			
	過 失 の 度 合	自 分 が な ん ぶ 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		相 手 が な ん ぶ 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 FF000000 号		契約者氏名	組合 一郎	
		契約保険会社	名称	〇〇〇損害保険 株式会社			
			所在地	〒 000-0000 TEL 03-0000-0000 東京都〇〇〇区△△△8-7-6 〇〇〇〇ビル〇階			
	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 AB123456 号		契約者氏名	組合 一郎	
		契約保険会社	名称	損害保険△△△ 株式会社			
			所在地	〒 000-0000 TEL 03-0000-0000 東京都〇〇〇区××2-3-4 〇〇〇〇損保ビル			
	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	東京〇〇〇病院 TEL 03-0000-0000			
			所在地	東京都〇〇区 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 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 通院 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和 年 月 日			
	②	医療機関		名称	△△△整形外科 TEL 03-0000-0000		
			所在地	東京都〇×区 2-2			
		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 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日			
	治療見込 : 令和 〇〇年 〇〇月 頃			治療終了日 : 令和 年 月 日			