

第三者行為による傷病届 (交通事故)

本人・家族

(その1)

被害者・加害者(相手方)関係	被保険者証	記号	氏名	印			
	記号と番号	番号	現住所	〒			
	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	氏名		被保険者との続柄			
	加害者(相手方)	氏名		生年月日	明大昭平 年 月 日		
		現住所	〒	TEL			
	加害者(相手方)の勤務先	名称又は氏名		事業内容又は職業			
所在地又は住所		〒	TEL - -				
加害者の住所氏名がわからないとき	その理由						
事故内容	傷病名		発生年月日	年 月 日	午前・午後	時 分頃	
	発生の場所						
	種別	自動車事故・バイク事故・殴打・その他() 自転車 刺傷					
	事故結果	即死・入院直後の死亡(死亡 年 月 日)・治療 入院中の死亡					
	警察官の立会	あった・ない・ないが届出済・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				

この届けに添えて提出する書類	1	自動車事故証明書
	2	事故発生状況報告書
	3	示談をしているときは示談書の写

受 付 日 付 印

(その2)

自加 賠償 被害 保険 加入 者 状況 の	保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
	保険加入証明 記号番号	第 号	契約者名	
	契約保険会社	名称 所在地	〒	TEL ()
示談 状況	示談が成立	交渉中	平成 年 月 日 現在	請求権を放棄した
	平成 年 月 日	成立していない		平成 年 月 日
		示談が成立 していない理由		放棄した理由
損害 賠償 の 請求 お よ び 支 払 状 況	保険会社からの賠償金を受領	した (請求者名) ・ しない ・ 請求中		
	加害者に対する 損害賠償の請求	していない・した	年 月 日 口頭・文書	治療費 円 休業補償 円 その他 円
	損害賠償の種類	加害者直接賠償 ・ 保険会社からの賠償		
第三者(加害者)から損害賠償をうけたとき および支払状況	賠償金の内訳	治療費 (入院費を含む)		円
		休業補償費	自 平成 年 月 日 1日につき 至 平成 年 月 日 計	円 日分 円
		葬祭費		円
		慰藉料		円
		見舞金		円
		障害補償費		円
		その他		円
		合計		円
受領方法	全額	平成 年 月 日受領		
および年月日	()回払	分割	第1回	円 年 月 日受領
		第2回	円 年 月 日受領	
		第3回	円 年 月 日受領	

治療状況を うけた	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた ・ うけない	
	治療を うけた	医療機関	名称	
			所在地	TEL ()
	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他 ()		
	治療開始	平成 年 月 日 入院 通院		
	転帰	(平成 年 月 日 現在) 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止		
	治療期間	入院 自平成 年 月 日 ～ 至平成 年 月 日 通院 自平成 年 月 日 ～ 至平成 年 月 日		
	後遺症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込		
	治療見込	平成 年 月 日から 約 月 日 ぐらい		

加害者（相手方）の任意	任意保険加入の有無	ある ・ ない	保険契約期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日
	保険加入証明 記号番号	第 号	契約者名	
	契約保険会社	名称		
所在地		TEL ()		
担当者名				
被害者の任意	任意保険加入の有無	ある ・ ない	保険契約期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日
	保険加入証明 記号番号	第 号	契約者名	
	契約保険会社	名称		
所在地		TEL ()		
担当者名				