

第三者行為による傷病届 (交通事故) 記入例

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	健保 太郎 印		
	記号と番号	番号 ○○○	現住所	〒 ○○○-○○○ 東京都板橋区○○○-○-○		
	被保険者が勤務している事業所	名称	(株)○○○○			
		所在地	〒 東京都台東区柳橋○-○-○		TEL 03(○○○○)○○○	
	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	本人	
	加害者(相手方)	氏名	事故 次郎		生年月日	明 大(昭) 平 ○○年△月□日
		現住所	〒 ○○○-○○○ 東京都板橋区○○○-○-○		TEL 090-3000-6000	
	加害者(相手方)の勤務先	名称又は氏名	○△株式会社		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	頸椎打撲	発生年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日 午前・午後 ○時 ×分頃		
	発生の場所	事故証明書に掲載されています。				
	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				
	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	自分なんぶ		相手なんぶ		
	(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 示談が成立している場合は示談書の写し
----------------	---

受付日付印

記入例

(その2)

◎事故証明書を参考に記入等してください。

自加 賠償 保 険 加 入 状 況 の	保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自平成20年8月1日 至平成22年8月1日	
	保険加入証明 記号番号	第AB 123456号	契約者名	事故 次郎	
加 入 者 の 状 況	契約保険会社	名称	〇〇損害保険株式会社		
		所在地	〇〇県△△市□町...		
示 談 状 況	示談が成立	交渉中	平成 年 月 日	請求権を放棄した	
		成立していない	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
		示談が成立していない理由		した理由	
損 害 賠 償 の 請 求 お よ び 支 払 状 況	自動車事故のとき保険 会社から賠償金の受領は	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	治療費 休業補償 その他	
賠 償 の 請 求 お よ び 支 払 状 況	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	治療費 (入院費を含む)	円		
		休業補償費	日分	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日	
		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	金額	円平成 年 月 日受領		
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	
および年月日	()回払				

治 療 状 況	この事故で医師の治療を うけましたか	うけた ・ うけない		
	医 療 機 関	名称	〇〇〇病院	
		所在地	東京都板橋区〇〇 TEL	
	支 払 方 法	健康保険・加害者負担・自費・その他()		
	治 療 開 始	平成〇〇年〇〇月〇〇日	入院	通院
	転 帰	(平成〇年〇月〇日 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	平成〇〇年〇〇月〇〇日から約 2ヶ 月 日 ぐらい			

◎わかる範囲でお願いします。

保 加 害 者 の 任 意 状 況	任意保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自平成20年8月1日 至平成22年8月1日
	保険加入証明 記号番号	第AB 987654号	契約者名	事故 次郎
加 入 者 の 任 意 状 況	契約保険会社	名称	△〇損害保険株式会社	
		所在地	□□県△△市... TEL	
		担当者名		
保 被 加 入 者 の 任 意 状 況	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123456号	契約者名	健保 太郎
	契約保険会社	名称	〇〇保険	
		所在地	□□県△△市... TEL	
		担当者名		