

第三者の行為による傷病届

被害者・加害者関係	被保険者証の記号番号	記号		氏名							
		番号		現住所	〒 TEL ()						
	被保険者の事業所	名称									
		所在地	〒 TEL ()								
	被扶養者が受けた事故であるとき		氏名			続柄					
	加害者	氏名				生年月日	年 月 日				
		現住所									
	車所有者との関係	本人 ・ 従業員 ・ 親族 ・ その他 ()									
	加害者の勤務先	名称または氏名									
		所在地または住所									
加害者の住所・氏名が判らないとき		その理由									
事故の発生状況	発生場所										
	傷病名										
	種別										
	事故結果										
	警察官の立会										
	所轄所										
	文章で(詳細に)										
添付書類		治療状況	この事故での医師の治療		受けた ・ 受けない						
			医療機関名								
			医療機関所在地								
			治療期間	自	年	月	日	自	年	月	日
				至	年	月	日	至	年	月	日
			支払方法	健康保険 (年 月 日から) ・ 自賠責 (任意) 保険 ・ その他							
治療見込	年 月 日から約 日または 月位										
5. 事故発生状況報告書 4. 示談前の場合は誓約書 3. 示談前の場合は念書 2. 示談した場合は示談書(写) 1. 交通事故証明書(写)											

加害者の自賠責	自倍保険加入の有無	有・無	保 険 期 間	自 年 月 日 ～ 至 年 月 日		
	保険証明書番号			車 両 登 録 番 号		
	車 台 番 号			契 約 者 氏 名		
	契 約 保 険 会 社	名 称				
		所 在 地	〒	TEL ()		
加害者の任意保険	任意保険加入の有無	有・無	任意保険請求 の可否	可・不可 (理由)		
	保険証明書番号					
	契 約 保 険 会 社	名 称				
		所 在 地	〒	TEL ()		
※ 摘 要 状 況	任意一括 ・ 個別請求 (担当)					
他の加害者が ある場合	加 害 者	氏 名		生年月日		
		現住所				
	加 害 者 の 勤 務 先	名称または氏名		事業内容または職業		
		所在地または住所				
	自倍保険の加入の有無	有・無	保 険 期 間	自 年 月 日 ～ 至 年 月 日		
	保険証明書番号			車 両 登 録 番 号		
	車 台 番 号			契 約 者 氏 名		
	自賠責保険契約会社	名 称				
		所 在 地	〒	TEL ()		
	任意保険加入の有無	有・無	保 険 期 間	自 年 月 日 ～ 至 年 月 日		
任意保険契約会社	名 称		証明書番号			
	所 在 地					
損害賠償の請求は	してない ・ した (年 月 日)					
賠償額の受領は	もらってない ・ もらった (保険会社から ・ 加害者から)					
受 領 年 月 日	第1回					
	第2回					
	第3回					
賠 償 金 の 内 容	休業補償費					
	慰 謝 料					
	雑 費					
	そ の 他					
示 談 状 況	成立していない	年 月 現在	示 談 が 成 立 し て い な い 理 由			
	交 渉 中	年 月 現在				
	示 談 が 成 立	年 月 日	請 求 権 を 放 棄 し た 理 由			
	請 求 権 を 放 棄	年 月 日				