

第三者の行為による傷病届

本人・家族

(その1)

被 保 険 者	被 保 険 者 証 号 記 号 ・ 番 号	氏 名		印		
	現 住 所	TEL ()				
	被 保 険 者 が 勤 務 し て いる 事 業 所	名 称	TEL ()			
		所 在 地				
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	加 害 者	氏 名	TEL ()			
		現 住 所				
			生 年 月 日	年 月 日		
	加 害 者 の 勤 務 先	名 称	TEL ()			
		所 在 地				
加 害 者 の 住 所 氏 名 が 不 明 の と き	そ の 理 由					
事 故 内 容	傷 病 名		発 生 年 月 日	年 月 日		
	発 生 の 場 所		発 生 時 間	午 前 ・ 後 時 分		
	事 故 の 種 別	自動車・バイク・自転車事故、 殴打・殺傷 その他 ()				
	事 故 結 果	即死、 入院直後・入院中の死亡 (死亡 年 月 日)、治療				
	警 察 官 の 立 合 い	() 警察署、 () 派出所				
	過 失 の 割 合	自 分	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	相 手	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	

こ の 届 に 添 え て 提 出 す る 書 類	自 動 車 と 事 故	1 自 動 車 事 故 証 明 書 2 事 故 発 生 状 況 報 告 書 3 診 断 書 4 死 亡 の 場 合 は 戸 籍 謄 本 5 念 書 お よ び 死 亡 診 断 書 兼 同 意 書
		6 示 談 を し て い る と き は 示 談 書 の 写

受 付 日 付 印

保険の加入状況

(その2)

被保険者の保険加入状況	車の保有者	氏名	TEL ()			
		住所				
	自動車賠償責任保険の加入 有・無 ○をつける	保険証明書番号	保険契約期間	自至	年	月日
		保険会社	TEL ()			
		所在地				
		契約者	TEL ()			
		住所				
	任意保険の加入 有・無 ○をつける	保険証明書番号	保険契約期間	自至	年	月日
		保険会社	TEL ()			
		所在地				
契約者		TEL ()				
住所						
加害者の保険加入状況	車の保有者	氏名	TEL ()			
		住所				
	自動車賠償責任保険の加入 有・無 ○をつける	保険証明書番号	保険契約期間	自至	年	月日
		保険会社	TEL ()			
		所在地				
		契約者	TEL ()			
		住所				
	任意保険の加入 有・無 ○をつける	保険証明書番号	保険契約期間	自至	年	月日
		保険会社	TEL ()			
		所在地				
契約者		TEL ()				
住所						

損害賠償請求の状況

(その3)

示談状況	示談が成立	成立日	年	月	日			
	交渉中・成立していない		年	月	日現在			
	請求権を放棄		年	月	日			
	放棄した理由							
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ した 	年	月	日に請求			
		(口頭・文書)	内訳 ・治療費 円 ・休業補償 円 ・その他 円					
		<ul style="list-style-type: none"> ・ していない 						
	損害賠償の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 加害者直接賠償 ・ 保険会社からの賠償 						
	賠償金の内訳	治療費 (入院費含)				円		
		休業補償費	自	年	月	日		
			至	年	月	日		
			1日につき			円		
			_____日分			円		
合計					円			
葬儀費					円			
慰籍料					円			
見舞金				円				
障害補償費				円				
その他				円				
合計				円				
受領方法 および年月日	全額	年			月	日受領		
	分割 ()回払	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

(その4)

治療状況をうけたとき	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた・うけない (下の欄につづく)	
	医療機関	名称	TEL ()	
		所在地		
	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他 ()		
	治療開始日	年 月 日 入院・通院		
	転 帰	年 月 日 現在 入院中・通院加療中・治癒・中止		
	現在までの治療期間	入院 年 月 日～ 年 月 日 通院 年 月 日～ 年 月 日		
	後 遺 症	あ る・ある見込・な い・ない見込		
今後の治療見込	年 月 日から約 月位 (日位)			

下の欄は記入する必要はありません

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支給年月日	備 考
療養の給付	円	自 年 月 日 至 年 月 日 日間		
療 養 費	円	マッサージ・コルセット・輸血 柔道整復施術		
傷病手当金	円	自 年 月 日 至 年 月 日 日間		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

