

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 年 | 月 月 | 日 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 年 | 月 月 | 日 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 年 | 月 月 | 日 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 年 | 月 月 | 日 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 | | 円 | 円 | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・ 治療費 ・ 休業補償 ・ その他 | | 円 | 円 | | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・ していない | | | | | |
| | 加害者から 損害賠償を うけたとき | 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 | 1日につき | 円 |
| | | | | 至 | 年 | 月 | 日 | ____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 | | | |

