

第三者の行為による傷病届

本人・家族

(その1)

被害者・加害者関係	被保険者証 記号と番号	記号 000	氏名	健康 太郎		健康印
	被保険者が勤務している事業所	第号 0000	現住所	〒123-4567 ○○県△△市□□町 123		
	被扶養者がうけた事故であるとき	名称	株式会社○○○			
		所在地	東京都品川区西五反田 2-2-3		TEL ( 0123 ) 98 5432	
	加害者	氏名	加害 一郎	被保険者との続柄	大(昭)平	
		生年月日	XX 年 XX 月 XX 日			
		現住所	○○県△△市××町 999		TEL ( 0123 ) 99 9999	
	加害者の勤務先	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	××県××市××町 1		TEL ( 0123 ) 88 8888		
加害者の住所氏名が判らないとき	その理由					
事故内容	傷病名	頰椎捻挫		発生年月日	XX 年 XX 月 XX 日 午前 午後 XX 時 XX 分頃	
	発生の場所	××県××市××町交差点				
	種別	自動車事故・バイク事故・殴打殺傷 自転車 その他 ( )				
	事故結果	即死・入院直後の死亡 入院中の死亡		(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	XXX 警察署		XXX 派出所		
	過失の度合	自分がなんぶ 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		相手がなんぶ 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		

○ 該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

この届に添えて提出する書類	自のとき車事は	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 および死亡診断書
		5 示談をしているときは示談書の写

受付日付印

○ 自動車事故であつて「事故発生状況報告書」を、この届に添えて提出するときは、この頁に記入する必要はありません。

事 故 発 生 の 状 況	<p>加害者の行為によって生じた事故について加害者の行動及び被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入してください。</p>
	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
事 故 現 場 の 見 取 図	<p>事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示して下さい。</p>

加害者の加入状況	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自至	年	月	日	年	月	日	
	保険加入証明番号	第 号	契約者氏名								
	契約保険会社	名称									
所在地		TEL ( )									
示談状況	示談が成立	交渉中	年 月 日			請求権を放棄した					
	年 月 日	成立していない	現在			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	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		年 月 日			口頭・文書		治療費 円 休業補償 円 その他 円			
	第三者(加害者)から損害賠償をうけたとき	損害賠償の種類	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(入院費を含む)								円
			休業補償費	自	年	月	日	1日につき	円		
				至	年	月	日	日分計	円		
			葬祭費								円
			慰謝料								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	この事故で医師の治療を受けましたか		う け た ・ う け な い	
	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	年      月      日    入 院    通 院		
	転      帰	(      年      月      日 現在) 現在入院中・通院加療中・治 癒・中 止		
	入 院 治 療 機 関	入院 自      年      月      日 ～ 至      年      月      日 通院 自      年      月      日 ～ 至      年      月      日		
	後 遺 症	あ る ・ ある見込 ・ な い ・ ない見込		
	治 療 見 込	年      月      日から約      日 月      ぐらい		



この欄は記入する必要がありません

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 _____ 日間 至 _____		
療 養 費	円	マッサージ、コルセット 柔道整復施術、輸血		
傷 病 手 当 金	円	自 _____ 日間 至 _____		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			