

第三者行為による傷病届

負傷者	被保険者証の記号・番号		—		被保険者氏名	Ⓔ		
					生年月日	年	月 日生	
	被保険者の住所		〒				職種	
	事業所名				所在地	〒		
負傷者が被扶養者であるとき		氏名				続柄		
		生年月日	年 月 日生					
負傷発生状況	発生日		年 月 日		午前・午後 時 分頃			
	発生場所				発生原因	工作中・通勤途上・その他		
	(事故発生時の状況)							
	※ 詳細については事故発生現状報告書にて報告。							
警察への届出		届出済み・届出なし		警察署 (届出済の時)		事故証明書	もらっている・もらっていない	
相手方	相手方氏名				生年月日	年 月 日生		
	住所		〒					
	勤務先		TEL () —					
	勤務先所在地		〒					
	相手方が不明のときはその理由		TEL () —					
自動車事故が生じたとき 相手側車両	自動車保有者		氏名				相手方との関係	本人 その他 ()
			住所	〒				
	保険契約者		氏名				保有者との関係	本人 その他 ()
			住所	〒				
	相手方の自動車		車種			登録番号		
	自賠責保険	自動車損害賠償責任保険の加入		有 ・ 無		契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日	
		保険会社の名称		TEL () —		所在地	〒	
		自賠責保険証明書番号		第 号		担当者氏名		
	任意保険	任意保険の加入		有 ・ 無		契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日	
		保険会社の名称		TEL () —		所在地	〒	
自動車保険証書番号		第 号		担当者氏名				
治療状況	名称				入院	年 月 日 から 年 月 日まで		健保 ・ 自費 相手方 ・ 自賠責
	所在地				通院	年 月 日 から 年 月 日まで		健保 ・ 自費 相手方 ・ 自賠責
	名称				入院	年 月 日 から 年 月 日まで		健保 ・ 自費 相手方 ・ 自賠責
	所在地				通院	年 月 日 から 年 月 日まで		健保 ・ 自費 相手方 ・ 自賠責
示談状況	年 月 日示談成立		年 月 日		年 月 日		結審	
	本訴 ・ 調停 ・ 和解 ・ 交渉中							
示談が成立しているときはその写しを添付して下さい。								