

第三者行為による傷病届

負傷者	被保険者証の記号・番号		1000 — 10		被保険者氏名		健康 太郎 (印)				
					生年月日		昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日生				
	被保険者の住所		〒500-0807 大津市〇〇町1丁目 TEL (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇				職種		営業		
	事業所名		びわこ農業協同組合		所在地		〒300-1515 草津市〇〇町10番地				
	負傷者が被扶養者であるとき		氏名		※扶養家族が負傷の場合は記入下さい				続柄		
			生年月日		年 月 日生						
負傷発生状況	発生年月日		平成 〇〇 年 〇 月 〇 日			午前・ <u>午後</u> 12 時 30 分頃					
	発生場所		大津市〇〇町5丁目			発生原因		工作中・通勤途上・ <u>その他</u>			
	(事故発生時の状況) 自宅から近くのスーパーに行くとき、交差点で信号待ちをしていたら、後ろから追突された ※ 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		<u>届出済み</u> ・届出なし		大津 警察署 (届出済の時)			事故証明書 <u>もらっている</u> ・もらっていない				
相手方	相手方氏名		保健 一郎		生年月日		昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日生		職業	運送業	
	住所		〒525-5555 大津市〇〇町1-2-3 TEL (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇								
	勤務先		(有) 〇〇運送								
	勤務先所在地		〒600-7000 大津市〇〇町50 TEL (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇								
	相手方が不明のときはその理由										
自動車事故が生じたとき 相手側車両	自動車保有者		氏名		保健 一郎			相手方との関係		<u>本人</u> その他 ()	
			住所		〒525-5555 大津市〇〇町1-2-3						
	保険契約者		氏名		保健 一郎			保有者との関係		<u>本人</u> その他 ()	
			住所		〒525-5555 大津市〇〇町1-2-3						
	相手方の自動車		車種	普通自動車	登録番号	滋賀 おう		車台番号		1221	
	自賠責保険	自動車損害賠償責任保険の加入		<u>有</u> ・無			契約期間		自 H〇〇 年 〇 月 〇〇 日 至 H〇〇 年 〇 月 〇〇 日		
		保険会社の名称		農協損害保険株式会社			所在地		〒525-0806 大津市〇〇1丁目		
		自賠責保険証明書番号		第M123456 号			担当者氏名		大津		
	任意保険	任意保険の加入		<u>有</u> ・無			契約期間		自H〇〇 年 〇 月 〇〇 日 至H〇〇 年 〇 月 〇〇 日		
		保険会社の名称		農協損害保険株式会社			所在地		〒525-0806 大津市〇〇1丁目		
自動車保険証書番号		第SK897654 号			担当者氏名		大津				
治療状況	名称		〇〇病院		入院		H〇〇年 〇月 〇日 から H〇〇 年 〇 月 〇〇日まで		健保・自費 相手方・自賠責		
	所在地		大津市〇〇ヶ丘1丁目		通院		年 月 日 から 年 月 日まで		健保・自費 相手方・自賠責		
	名称		〇〇医院		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		大津市〇〇町		通院		H〇〇年 〇月 〇日 から H〇〇 年 〇 月 〇〇日まで		健保・自費 相手方・自賠責		
示談状況	年 月 日示談成立		年 月 日		本訴・調停・和解・交渉中		年 月 日		結審		
	示談が成立しているときはその写しを添付して下さい。										