

# 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 ○○ 年 ○ 月 ○ 日生			
	被保険者の住所	〒500-0807 大津市○○町1丁目 TEL (○○○) ○○○-○○○○				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○○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 ○○ 年 ○ 月 ○ 日			午前・午後 12 時 30 分頃			
	発生場所	大津市○○町5丁目			発生原因	仕事中・通勤途上・その他		
	(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		届出済み・届出なし	大津 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	保健 一郎		生年月日	昭和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日生			
	住所	〒525-5555 大津市○○町1-2-3 TEL (○○○) ○○○-○○○○						
	勤務先	(有)○○運送						
	勤務先所在地	〒600-7000 大津市○○町50 TEL (○○○) ○○○-○○○○						
	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	自動車保有者	氏名	保健 一郎			相手方との関係	本人 その他 ( )	
	住所	〒525-5555 大津市○○町1-2-3						
	保険契約者	氏名	保健 一郎			保有者との関係	本人 その他 ( )	
	住所	〒525-5555 大津市○○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	有・無		契約期間	自 H○○ 年 ○ 月 ○○ 日 至 H○○ 年 ○ 月 ○○ 日			
	保険会社の名称	農協損害保険株式会社 TEL (○○○) ○○-○○○○			所在地	〒525-0806 大津市○○1丁目		
相手側車両	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	有・無		契約期間	自H○○ 年 ○月 ○○ 日 至H○○ 年 ○ 月○○ 日			
	保険会社の名称	農協損害保険株式会社 TEL (○○○) ○○-○○○○			所在地	〒525-0806 大津市○○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	○○病院		入院	H○○年 ○月 ○日 から H○○ 年 ○ 月 ○○日まで			健保・自費 相手方・自賠責
	所在地	大津市○○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	○○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○○町		通院	H○○年 ○月 ○日 から H○○ 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 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。							