

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		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		職業			
	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	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				車台番号			
	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						
	相手側車両	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		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。											