

第三者の行為による傷病届

被 保 険 者	記号		番号		氏名	印		
	住 所	〒				電話 番号		
	事業所名					電話 番号		
	所 在 地	〒						
被扶養者が受けた事故の場合			氏 名				続柄	
第 三 者	氏 名					電話 番号		
	住 所	〒						
	勤 務 先 名 称					電話 番号		
	勤 務 先 所 在 地	〒						
	勤 務 先 代 表 者							
	氏名や住所が わからないと きは、その理由							
事 故 内 容	傷 病 名							
	発 生 年 月 日	平成 年 月 日			時 分頃			
	発 生 場 所							
	事 故 の 種 別	自動車事故 ・		バイク 自転車 事故 ・		殴 打 刺 傷		その他 ()
	事 故 の 結 果	即 死		療養後死亡			傷病療養	

平成 年 月 日提出

受 付 印

事故発生の際、警察官が立ち会って調査しましたか			はい ・ いいえ		
調査した警察官の	氏名				
	所属	警察署 派出所			
事故発生の責任は主としてどちらにありますか			当方 相手方		
治療を受けたとき	この事故で医師、歯科医師等の治療を受けましたか			受けた 受けない	
	治療を受けたとき	医療機関名		電話番号	
		所在地	〒		
	治療期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日			
	治療費の支払方法	① 健康保険でかかりました。 ② 加害者が負担しました。 ③ 被害者が負担しました。 ④ 健康保険を使用し、一部負担金のみ加害者が負担しました。			
	治療に後どれくらいかかりますか(見込)	平成 年 月 日頃迄			
後遺症について		ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込			
第三者(相手方)に対する損害賠償の請求について	損害賠償請求をしましたか		した ・ しない		
	請求したときはその日にちと方法	平成 年 月 日 文書 ・ 口頭			
	請求しないときはその理由				
第三者(相手方)に対する損害賠償の放棄について	損害賠償請求権を放棄しましたか		した ・ しない		
	放棄したときはその理由及び、どのような方法で相手方に表示しましたか				
第三者(相手方)が自動車を運転していたための事故であるときは、その自動車が加入している損害賠償責任保険について	保険証明書の番号	第 号			
	加入保険会社名				
	所在地				
	担当者名		電話番号		
	保険金の請求をしましたか	した ・ しない			

加 害 者（相 手 方）と の 示 談 に つ い て	示談が成立していますか	い る ・ い ない
	成立しているときはその年月日	平成 年 月 日
加 害 者（相 手 方） か ら 損 害 賠 償 を 受 け た と き は	損害賠償の内訳	金 額
	①医療費として	
	②見舞金として	
	③休業中の生活補償費として	
	④弔慰金として	
	⑤その他	
備 考		

- 注 (1) この書類の作成方法は、該当する文字を記入または、文字を囲んでください。
- (2) この事故に警察官が立ち会っているときは、自動車安全運転センターが発行する「事故証明書」を添付してください。
- (3) 示談が成立している時は示談書の写を添付してください。

