

第三者行為による傷病届 (交通事故)

負傷者(被害者)の	被保険者証の記号番号		被保険者氏名等	生年月日	年	月	日
	住所	〒			TEL		
	被保険者の勤務先名称	(株) (所属)	所在地及びTEL	〒			
	TEL						
	負傷者が家族の場合	氏名等	生年月日	年	月	日	続柄
加害者の	氏名等	生年月日	年	月	日	住所	
	勤務先名称	所在地及びTEL	〒				TEL
事故の内容等	発生年月日	年 月 日 午前・午後 時 分ごろ					
	発生場所(住所等)						
	発生時の状況 該当する項目に○又は記入	工作中・通勤途上・その他() ※工作中・通勤途上は労災保険を適用し健康保険は使用できません。					
	発生原因 (詳細に記入)						
治療状況について	傷病名(診断名)						
	医療機関名称	所在地					
	治療期間	入院	年 月 日～	年 月 日	支払方法	・自賠責・自費・加害者負担	
		通院	年 月 日～	年 月 日		・健保・その他()	
	医療機関名称	所在地					
	治療期間	入院	年 月 日～	年 月 日	支払方法	・自賠責・自費・加害者負担	
		通院	年 月 日～	年 月 日		・健保・その他()	
転帰	(年 月 日現在) 入院中・通院加療中・治癒・中止						
後遺症	ある・ある見込み・ない・ない見込み						
治療見込み	年 月 日から 約 (日・週・月) ぐらい						

第三者(加害者側)の自賠責(強制)保険について、わかる範囲で記入してください。

加入の有無	有・無	自賠責保険証明番号	
自賠責保険会社の	名称	電話番号	
	所在地	担当者名	
契約者の氏名	自動車保有者の氏名		
自賠責保険期間	年 月 日～		年 月 日
登録番号	車体番号		
自動車の種別	管轄警察署		

第三者(加害者側)の自動車(任意)保険について、わかる範囲で記入してください。

加入の有無	有・無	任意保険証券番号	
任意保険会社の	名称	電話番号	
	所在地	担当者名	
契約者の氏名	自動車保有者の氏名		
任意保険期間	年 月 日～		年 月 日
登録番号	車体番号		
自動車の種別	管轄警察署		

あなたの人身傷害補償(任意)保険について、わかる範囲で記入してください。

加入の有無	有・無	任意保険証券番号	
任意保険会社の	名称	電話番号	
	所在地	担当者名	
契約者の氏名			
任意保険期間	年 月 日～		年 月 日

損害賠償(示談を含む)及び治療、支払状況についてわかる範囲で記入又は○印をしてください。

自賠責への請求	(加害者・被害者) 請求した ・ 請求していない		
自賠責未請求理由 (いずれかに○印を)	・ 治療中 ・ 相手側任意保険会社と示談交渉中 ・ ひき逃げ等政府保障事業 ・ その他()		
自賠責請求年月日	年 月 日	自賠責受領年月日	年 月 日
初診年月日	年 月 日	死亡年月日	年 月 日
治癒年月日	年 月 日	症状固定年月日	年 月 日
示談年月日	年 月 日	過失の有無	有 ・ 無
貴方の過失割合に対する意見	過失割合 : 相手側(加害者) _____% 対 貴方側(被害者) _____%		