

### 第三者行為による傷病届(兼自損事故届)

届 出 者	被保険者証	記号		氏 名	⑩  (自署の場合は押印不要)			
		番号						
	被保険者が勤務している事業所(連絡先)		名 称					
		所在地	TEL( )					
受 診 者	氏 名		生年月日 (事故日年齢)	年 月 日 ( 才)	続 柄			
	住 所	TEL( )						
事 故 相 手 ( 第 三 者 )	フリガナ			性 別	年 齢 (事故日現在)	才		
	氏 名							
	住 所	TEL( )						
	勤務先または職業	名 称						
		所在地	TEL( )					
加害者が不明の場合 その理由								
事 故 の 状 況	事故発生日時	年 月 日( 曜日) 午前 時 分 午後						
	事故発生場所							
	事故発生時の状況	被保険者又は被扶養者	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外( )					
		加害者(事故相手)	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外( )					
	警察への届出	届出済・届出なし・不明 *注1			届 出 署	警察署		
	過失の度合 (わかる範囲で)	自分(被害者)の過失	0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100 (%)					
相手(加害者)の過失		0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100 (%)						
傷 病 名				損害の程度	全治	ヶ月		

\*注1 交通事故の場合は「交通事故証明書」の提出をお願いします。(コピー可)  
物損事故で処理した場合、別途「人身事故証明入手不能理由書」の提出を求める場合があります。

受付印

事故相手の保険加入状況	傷病が交通事故によるとき	自賠責保険	保険会社名					
			所在地	〒 - TEL ( )				
			契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日	フリガナ			
		証明書番号			契約者			
		任意保険	保険会社名					
			所在地	〒 - TEL ( )				
	契約期間		年 月 日 ~ 年 月 日	任意一括	有・無			
	その他の場合	個人賠償責任保険等	保険会社名					
			所在地	〒 - TEL ( )				
			契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日	フリガナ			
			証明書番号			契約者		
	被害者の人身傷害保険		加入の有無	あり・なし		保険会社名	担当者	
				TEL ( )				
治療状況（治療順）	①	受診機関名			入院	年 月 日 ~ 年 月 日		
		所在地			通院	年 月 日 ~ 年 月 日		
	②	受診機関名			入院	年 月 日 ~ 年 月 日		
		所在地			通院	年 月 日 ~ 年 月 日		
	③	受診機関名			入院	年 月 日 ~ 年 月 日		
		所在地			通院	年 月 日 ~ 年 月 日		
	治療見込(治療終了日)		年 月頃終了見込 ( 年 月 日終了)					
	後遺症		ある・ある見込み・ない・ない見込み・不明					
治療費の支払方法		健康保険・被害者負担・加害者負担(自賠責支払)・その他( )						
損害賠償の支払状況	相手方に対する損害賠償の請求状況			すでに請求済・現在のところ未請求				
	相手方からの損害賠償金等の受領状況			受領済・受領していない				
	<b>*加害者や保険会社から賠償金を受領した場合のみ下欄にご記入ください。</b>							
	賠償金の内訳	治療費	円		慰謝料	円		
		休業補償費	月 日から 月 日までの 日間	×日額	=	日間 円		
		葬祭費	円		その他	円		
		見舞金	円		(合計額) 円			
受領方法	一括	年 月 日 受領						
	分割 ( )回払い	1回目	円	年 月 日	受領			
		2回目	円	年 月 日	受領			
		3回目	円	年 月 日	受領			
示談の状況	示談または和解 (該当に○をつける)		した ( 年 月 日成立)		※示談書の写しを添付してください			
			交渉中・しない(理由: )					
	請求権を放棄した場合		年 月 日	理由				

\*注2 任意一括とは、自賠責保険を含めて任意保険会社が一括して対応している場合です。