

### 第三者の行為による傷病届

本人・家族

被害者・加害者・関係	被保険者証 記号と番号		氏名	㊞		
			現住所			
	被害者が勤務して いる事業所	名称				
		所在地	TEL (          )			
	被扶養者がうけた 事故であるとき	氏名		被保険者 との続柄		
	加害者	氏名		生年月日	T・S・H・R	
現住所		TEL (          )				
関係	加害者の勤務先	名称又は 氏名		事業内容 又は職業		
		所在地又は住所	TEL (          )			
	加害者の住所氏名 が判らないとき	その理由				
事故内容	傷病名		発生日 年月日	令和    年    月    日 午前・午後    時    分頃		
	発生の 場所					
	種別	バイク 殴打 自動車事故・          事故・          ・ その他 (          ) 自転車 刺傷				
	事故結果	即死・          入院直後の死亡          (死亡    年    月    日) ・ 治療 入院中の死亡				
	警察官の立合	あった・ない・ないが届出済・わからない				
	所轄署	警察署			派出所	
	過失の度合	自分なんぶ		相手なんぶ		
0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10				

※該当の文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

加害者加入の自状 自動車	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自至	令和 令和	年 年	月 月	日 日	
	保険加入証番号	第 号	契約者名						
	契約保険会社	名称							
		所在地	TEL ( )						
示談状況	示談が成立	令和 年 月 日							
	交渉中	令和 年 月 日					請求権を放棄した		
	成立していない	現在					令和 年 月 日		
	示談が成立していない理由						放棄した理由		
損害賠償の請求および支払状況	自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は		した（請求者名 ）・しない・請求中						
	加害者に対する損害賠償の請求		していない・した		年月日	治療費 休業補償 その他	円	円	
					口頭・文書		円	円	
	第三者（加害者）から損害賠償を受けたとき	損害賠償の種類	加害者直接賠償・保険会社からの賠償						
		賠償金の内訳	治療費 (入院費を含む)						円
			休業補償費	自 令和 年 月 日	1日につき	円			
				至 令和 年 月 日	計	円			
			葬祭費						円
			慰籍料						円
			見舞金						円
障害賠償費								円	
その他						円			
受領方法および年月日	金額	令和 年 月 日受領							
	分割 ( )回払	第1回	円 年 月 日受領						
		第2回	円 年 月 日受領						
		第3回	円 年 月 日受領						

治療状況	この事故で医師の治療を受けましたか	うけた・うけない	
	医療機関	名称	
		所在地	TEL ( )
	支払方法	共済組合員証・加害者負担・自費・その他 ( )	
	治療開始	令和 年 月 日 入院 通院	
	転 帰	(令和 年 月 日 現在) 現在入院中・通院加療中・治癒・中止	
	入院治療機関	入院自令和 年 月 日～至令和 年 月 日 退院自令和 年 月 日～至令和 年 月 日	
	後遺症	ある・ある見込・ない・ない見込	
	治療見込	令和 年 月 日から約 _____日 位 _____月	