

第三者行為による傷病届

〇〇 〇〇年 〇月 〇日 提出

健保被保険者記号 同上番号	〇〇 〇〇〇〇〇	氏名	電 通 太 郎			印
住 所	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇〇-〇〇					
被扶養者の場合、氏名	電 通 花 子	生 年 月 日	〇〇 〇〇年〇〇月〇日	続 柄	女	
第 三 者 (加 害 者)	氏名			TEL.		
	加 害 〇 〇 住所 〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇〇-〇〇			〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
第 三 者 の 勤 務 先 又 は 監 督 義 務 者	名称又は氏名			TEL.		
	〇〇〇〇商事 所在地又は住所 〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇〇-〇〇			〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

負傷の原因について

いつ (日 時)	〇〇 〇〇年 〇〇月 〇〇日 午前・午後 10 時 30 分頃
どこで (場 所)	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇〇 〇〇信号の交差点
なにをしているとき (目的) いずれかに〇印を	業務中・出退勤途上・その他(休日、買い物に行った帰り) ※業務中・出退勤途上は、労災保険を適用し、健保は適用できません
原 因 ・ 状 況 (できるだけ詳しく)	※ できるだけ詳しく記入してください。

治療状況について

傷 病 名	〇〇骨折		
医 療 機 関 名	〇〇〇病院	所在地	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇〇-〇〇
治 療 期 間	〇〇 〇〇年〇〇月〇〇日から〇〇 〇〇年〇〇月〇〇日	自賠責・自費・健保	
医 療 機 関 名	〇〇〇整骨院	所在地	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇〇-〇〇
治 療 期 間	〇〇 〇〇年〇〇月〇〇日から〇〇 〇〇年〇〇月〇〇日	自賠責・自費・健保	
医 療 機 関 名		所在地	
治 療 期 間	年 月 日から平成 年 月 日 自賠責・自費・健保		

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

自賠責証明書番号	××××××××	自賠責保険会社	〇〇海上火災保険
自賠責会社所在地	〒×××-×××× ××県××市×町×-××-××	自賠責会社連絡先 (担当者名)	TEL. ××-××××-××××
自賠責保険契約者	〇〇 〇〇	保有者(所有者)	〇〇 〇〇
自賠責保険期間	〇〇 年 × 月 × 日 ~ 〇〇 年 × 月 × 日		
登録番号	××××× ××××	車体番号	×× ××××××

第三者(加害者)側の自動車(任意)保険について、わかる範囲で記入又は〇印をしてください

加入の有無	有 ☒ ・ 無 ☐ し	任意保険会社	〇〇海上火災保険
任意保険契約者	〇〇 〇〇	任意保険証券番号	
任意保険社連絡先	TEL ××-××××-××××	任意保険社担当者	〇〇 〇〇
保険期間	〇〇 年 × 月 × 日 ~ 〇〇 年 × 月 × 日		

貴方の人身傷害補償(任意)保険について、わかる範囲で記入又は〇印をしてください

↓加入している場合は、必ず記入してください。

加入の有無	有 ☐ ・ 無 ☐ し	任意保険会社	
任意保険契約者		任意保険証券番号	
任意保険社連絡先	TEL	任意保険社担当者	
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〇印をしてください

賠償の窓口(請求先)	加害者側任意保険会社・人身傷害任意保険会社・自賠責保険会社・加害者 ↑〇をつけてください。		
自己負担分の医療費の支払方法	医療機関から直接任意保険会社に請求・立替後任意保険会社に請求・立替後自賠責保険会社に請求・立替後加害者に請求・立替後政府保障事業に請求 ↑〇をつけてください		
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 ☐ し
貴方の過失割合に対する意見	↑日付を記入してください。 過失割合：相手側(加害者) 50 % 対 貴方(被害者) 50 %		