

本人 第三者の行為による傷病届
家族

(被 保 険 者)	被保険者 記号・番号	記号		番号		被保険者 氏名			
	事業所名				住所	〒	TEL	*日中の連絡先	
被 害 者	氏名				続柄		生年月日	年 月 日	
	住所	〒					TEL	*日中の連絡先	
加 害 者	氏名				住所	〒	TEL	*日中の連絡先	
	勤務先名				勤務先 所在地				
	加害者が 不明の理由								
事 故 内 容	発生日時	年 月 日			午前・午後		時 分頃		
	発生場所								
	警察の立合い	あった・ない・ないが届出済			所轄署	警察署		派出所	
	過失割合	被害者 (自分)	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			加害者 (相手)	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		
	事故発生 の状況	種別	自動車・バイク・自転車・殴打・刺傷・その他() *負傷したときにしていた仕事内容、目的、行先などを詳しく記入してください。						
加 害 者 の 自 動 車 保 険	自 賠 責 保 険	保険加入 証明書番号	第 号			保険契約者名 (名義人)			
		保険会社名							
		取扱店 所在地	〒					TEL	担当者名
	任 意 保 険	保険加入 証明書番号	第 号			保険契約者名 (名義人)			
		保険会社名					対人保険額		
		取扱店 所在地	〒					TEL	担当者名
示談(和解契約) の状況について		① 示談成立 (年 月 日) ② 交渉中 (年 月 日 現在) ③ 成立していない (理由) ④ 放棄 (理由) ※示談成立済みの場合は、示談書の写しを添付のこと。							
備考									
受付日付印		上記のとおりお届けします。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 届出人住所 〒 (被保険者) 氏名							