

本人家族 第三者の行為による傷病届

被 ・ 加 害 者 関 係	被保険者証 記号と番号	記号		氏名	⑩		
	被扶養者がうけた 事故であるとき	番号		現住所	〒		
	加害者	氏名			被保険者 との続柄		
	加害者の 勤務先	事業所名			現住所	〒 自宅・呼出し() 方 TEL	
	加害者の住所と 名が判らないとき	所在地	〒		TEL		
事 故 内 容	発生日時	年 月 日 (午前・午後) 時 分頃					
	発生場所				種別	自動車・バイク・自転車 事故 殴打・刺傷・その他()	
	事故発生 の 状 況	負傷したときに行っていた仕事の内容、 目的、行先等を詳しく記入して下さい。					
加 害 者 の 自 動 車 保 険 加 入 ・ 状 況	警察の立合	あった・ない・ないが届出済		所轄署	警察署 派出所		
	強制 保 険	保険加入証明 記号番号	第 号		契約者氏名		
		契約 保 険 会 社	名称			所在地	〒 TEL
	任意 保 険	保険加入証明 記号番号	第 号		契約者氏名		
		契約 保 険 会 社	名称			対人保険額	
			所在地	〒		TEL	
損 害 賠 償 の 請 求 及 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 損害賠償の請求は	していない・した			年 月 日	{ 治療費.....円 休業補償.....円 その他.....円	
示 談 状 況	示談が成立	交渉中	年 月 日 現在		請求を 放棄した	年 月 日	
	年 月 日	成立していない 理由			放棄した 理由		
備 考	※示談成立済の場合は示談書の写を添付のこと。						

受付日付印

上記のとおりお届けします。

平成 年 月 日

〒
届出人(被保険者) 住 所
氏 名

⑩