

第三者行為による傷病届（交通事故）

負傷者（被害者）の	被保険者証の記号番号		被保険者氏名等	生年月日	年	月	日	印	
	住所	〒							
	被保険者の勤務先名称	(株) (所属)	所在地及び	〒					
	負傷者が家族の場合	氏名等	生年月日	年	月	日	続柄		
	加害者の	氏名等	生年月日	年	月	日	住所		
事故の内容等	勤務先名称		所在地及び	〒					
	発生年月日	平成	年	月	日	午前・午後	時	分ごろ	
	発生場所（住所等）								
	発生時の状況 該当する項目に又は記入	工作中・通勤途上・その他（ ） 工作中・通勤途上は労災保険を適用し健康保険は使用できません。							
	発生原因（詳細に記入）								
治療状況について	傷病名（診断名）								
	医療機関名称		所在地						
	治療期間	入院	年	月	日	～	年	月	日
		通院	年	月	日	～	年	月	日
		支払方法	・自賠責・自費・加害者負担 ・健保・その他（ ）						
	医療機関名称		所在地						
	治療期間	入院	年	月	日	～	年	月	日
	通院	年	月	日	～	年	月	日	
	支払方法	・自賠責・自費・加害者負担 ・健保・その他（ ）							
転帰	（平成 年 月 日現在） 入院中・通院加療中・治癒・中止								
後遺症	ある・ある見込み・ない・ない見込み								
治療見込み	平成 年 月 日から 約 （日・週・月）ぐらい								

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。

加入の有無	有 ・ 無	自賠責保険証明番号	
自賠責保険名称		電話番号	
会社の所在地		担当者名	
契約者の氏名		自動車保有者の氏名	
自賠責保険期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
登録番号		車体番号	
自動車の種別		管轄警察署	

第三者（加害者側）の自動車（任意）保険について、わかる範囲で記入してください。

加入の有無	有 ・ 無	任意保険証券番号	
任意保険名称		電話番号	
会社の所在地		担当者名	
契約者の氏名		自動車保有者の氏名	
任意保険期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
登録番号		車体番号	
自動車の種別		管轄警察署	

あなたの人身傷害補償（任意）保険について、わかる範囲で記入してください。

加入の有無	有 ・ 無	任意保険証券番号	
任意保険名称		電話番号	
会社の所在地		担当者名	
契約者の氏名			
任意保険期間	平成 年 月 日 ～ 平成 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 印をしてください。

自賠責への請求	（加害者・被害者）請求した ・ 請求していない		
自賠責未請求理由 （いずれかに 印を）	・ 治療中 ・ 相手側任意保険会社と示談交渉中 ・ ひき逃げ等政府保障事業 ・ その他（ ）		
自賠責請求年月日	平成 年 月 日	自賠責受領年月日	平成 年 月 日
初診年月日	平成 年 月 日	死亡年月日	平成 年 月 日
治癒年月日	平成 年 月 日	症状固定年月日	平成 年 月 日
示談年月日	平成 年 月 日	過失の有無	有 ・ 無
貴方の過失割合に対する意見	過失割合： 相手側（加害者） _____ % 対 貴方側（被害者） _____ %		