

### 第三者行為による傷病届 (則65条)

年 月 日提出

保険証番号		—		この保険事故について 確認します。	
被保険者 氏名		_____		所属名	
住所		_____		所属長	
事業所名		TEL ( )			
傷病者	被保険者	氏名	_____	被扶養者	氏名
		年 月 日生	_____		被保険者との続柄 ( )
加害者	氏名	_____	生年月日	年 月 日生	
	現住所	_____	TEL	( )	
	勤務先名称	_____			
	勤務先住所	_____	TEL	( )	
事故の内容	発生年月日	年 月 日	午前・午後	時 分頃	
	発生の場所	_____			
	種別	自動車事故・バイク・自転車・殴打・刺傷・その他 ( )			
	事故結果	即死・入院中の死亡 ( 年 月 日死亡) ・治療			
	警察官立合	あった ・ ない ・ ないが届出済み ・ わからない			
	所轄署	警察署	_____	派出所	_____
治療状況	過失の度合	自分 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	相手	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	
	傷病名	_____			
	医療機関名	_____			
	所在地	_____			
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ( )			
	治療開始	年 月 日	入院	通院	
	転帰	年 月 日現在	入院中・通院中・治癒・中止		
後遺症	ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み				

\*添付書類 ①念書 ②診断書 ③事故発生状況報告書 ④自動車事故証明書 ⑤その他

加害者の保険加入状況	保険会社名	_____	担当者名	_____
	住所	_____	TEL	( )
	証書番号	_____	契約者名	_____
	契約期間	_____		
	任意保険の加入の有無	ある ・ ない 保険会社名		
示談・損害賠償請求状況	示談成立	年 月 日現在	示談交渉中	年 月 日
	損害賠償の請求	した ( 年 月 日) ・ しない		
	請求の内訳	治療費	_____	円
		休業補償	_____	円
		その他	_____	
	受領年月日	別紙添付		
その他	_____			
示談交渉の経過	_____			
	_____			
	_____			
	_____			
	_____			
	_____			
	_____			

◎示談交渉の経過欄は記入しないでください。