第三者行為による傷病届（則65条）

年　月　日提出

被保険者等記号・番号 被保険者　氏　名 住　所 TEL　（　　） 事業所名	この保険事故について確認します。 所属名 所属長

傷病者	被保険者	氏名 年　月　日生	被扶養者	氏名 被保険者との続柄（　　） 年　月　日生

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
	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
治療状況	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	年　月　日現在　示談交渉中　・　年　月　日　示談成立	
	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。	