

# 第三者行為による傷病届

(交通事故・傷害事故)

(その1)

被 保 険 者 関 係	記号・番号 -	氏 名  昭和・平成・令和 年 月 日生 ( 歳)	電話番号 (日中の連絡先)	
	自宅住所	〒 -	自宅電話番号	
	事業所名 (勤務先)		勤務先電話番号	
	所在地 (勤務先)	〒 -	職 種	1.事務員 2.運転手 3.作業員 4.その他 ( )
	勤務時間	時 分 ~ 時 分		
( 被 害 診 者 )	氏 名	続柄 ( ) 昭和・平成・令和 年 月 日生 ( 歳)	電話番号	
	住 所	〒 -		
事 故 関 係 内 容	事故日	平成 令和 年 月 日	午前・午後 時 分頃発生	
	事故の種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打刺傷・その他 ( )		
	発生場所			
	警察署	署 → 派出所	届出ない理由	
	事故が発生 した時の 受診者の状況	お酒は飲んで 1.いた (量は ) 2.いない 1.歩行者 2.自動車 3.バイク 4.その他 ( ) 1.出勤途中 2.勤務時間中 3.帰宅途中 4.パート・アルバイトに行く途中 5.パート・アルバイトの帰り 6.私用外出中 7.その他 ( )		
過失の度合	被害者 (受診者)	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	加害者 (第三者)	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
上記の理由 ※必ず記載 してください	被 害 者			
	加 害 者			
※当組合が今後連絡をとるとき代行者がいる場合は下記に記入してください				
被害者 (受診者)	氏名	被害者との 関係	電話	
加害者 (第三者)	氏名	加害者との 関係	電話	

加害者関係	この事故を発生させたときは			1.業務中又は、通勤途上の事故 2.業務外の事故		
	氏名	昭和・平成・令和 年 月 日生 ( 歳)			電話番号	
	住所	〒 -				
	事業所名 (勤務先)				勤務先電話番号	
	所在地 (勤務先)	〒 -			事故担当者	
	加害車両	所有者	住所	〒 -		
	加害者の住所氏名が不明な場合の理由					
自賠責保険	保険会社名	住所				
	電話番号	自賠責証明書番号 ( )				
	契約者名	保険期間 ~				
任意保険	この事故で相手方の任意保険が使えますか			1. 使える 2. 使えない (理由 )		
	任意一括 (対人一括) について 有 ・ 無					
	保険会社名	住所				
	電話番号	担当者名				
相手 (加害者) の 保険会社に 請求しましたか	1. した (自賠責・任意) → 年 月 日 ( ) 円 受領 ・ 未受領 2. しない					
示談の成立は	1. した (示談書のコピーを添付ください) 示談日 年 月 日 2. しない					
治療関係	病院等	区分	傷病名	初診日	治療費	備考
		入・通			自費・加害者負担 自賠責・社会保険	
		入・通			自費・加害者負担 自賠責・社会保険	
		入・通			自費・加害者負担 自賠責・社会保険	
	治癒見込み (治療終了日)	年 月 頃 (年 月 日終了)		※治療が終了しているときは 最終受診日を記入ください。		
人身傷害保険	被保険者 (側) は人身傷害保険に 加入していますか?		1. 加入している → 1.受領 年 月 日 ( 円) 2.未受領 2. 加入していない			
	保険会社名	住所				
	電話番号	担当者名				
上記の通り相違ありません 令和 年 月 日					受付印	
					東京港健康保険組合 理事長 殿	