

◎ 第三者行為傷病届 ◎

受付No. _____

(自損事故による傷病届)

当 方	被保険者等 記号一番号	—	事業所名称					
	被保険者氏名			負傷者氏名	続柄			
	連絡先	<input type="checkbox"/> 被保険者携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 () 電話 () —						
事 故 状 況	負傷日時	令和 年 月 日 () 午前 午後 時 分頃						
	発生場所							
	事故種別	<input type="checkbox"/> 交通事故 (相手あり) <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 交通事故 (相手なし) <input type="checkbox"/> その他 ()						
	警察への届出	<input type="checkbox"/> 届出済 (所轄署 警察署 派出所) <input type="checkbox"/> 届出なし						
	事故証明書	<input type="checkbox"/> 発行済 <input type="checkbox"/> 発行依頼中→ (依頼日 月 日) <input type="checkbox"/> 未発行 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	事故状況	当 方	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 同乗 <input type="checkbox"/> その他 ()					
		相 手 ※ありの場合記入	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 同乗 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	労災の別	業務上、もしくは通勤途上のケガですか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒ 健康保険は使えません						
	治療費の 負担先	<input type="checkbox"/> 加害者の損保会社 <input type="checkbox"/> 相手方 <input type="checkbox"/> ご自身が加入の任意保険 (人身傷害保険) ※ご自身が加入の任意保険 (人身傷害保険) が負担しているときは、下記の項目を記入してください。						
	保険会社名			担当者名				
部 署 名			連絡先	() —				
相 手 方 (加 害 者)	相手方氏名			性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齢	才	
	相手方住所	〒 —						
	相手方連絡先	<input type="checkbox"/> 相手方携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 () 電話 () —						
	※以下の項目は交通事故 (相手方あり) の場合のみ、記入してください。							
	車両所有者 (相手方)	氏 名			相手方との関係	本人 家族 従業員 その他 ()		
		住 所	〒 —					
	保険契約者	氏 名			相手方との関係	本人 家族 従業員 その他 ()		
		住 所	〒 —					
	自動車区分等	区 分 (車 種)			登録番号 (ナンバー)			
	自 賠 責	加入の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	契約期間	(自) 令和 年 月 日 ~ (至) 令和 年 月 日			
保険会社名				保険契約者名				
証明書番号								
任 意 保 険	加入の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	契約期間	(自) 令和 年 月 日 ~ (至) 令和 年 月 日				
	保険会社名			保険契約者名				
	証券番号							
	所在地	〒 —						
	部 署 名			担当者名				
			連絡先	() —				