

◎ 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	555 — 432	事業所名称	〇〇〇〇〇(株)			
	被保険者氏名	積口 雅代	負傷者氏名	積口 雅代	続柄	本人	
	連絡先	<input type="checkbox"/> 被保険者携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 () ☎ (06) * * * * — * * * *					
事 故 状 況	負傷日時	令和 〇 年 8 月 5 日 () 午前 午後 4 時 35 分頃					
	発生場所	大阪府堺市三宝町100(国道〇〇号先路上)					
	事故種別	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 届出済(所轄署 〇〇〇 警察署 派出所) <input type="checkbox"/> 届出なし					
	事故証明書	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	〇〇〇〇損保(株)	担当者名	山本 〇〇〇			
部 署 名	〇〇保険金サービスセンター	連絡先	(03) 4666 — 〇〇〇〇				
相 手 方 (加 害 者)	相手方氏名	大阪 浩一	性 別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齢	40 才	
	相手方住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 堺市〇〇台二丁目9-4-306					
	相手方連絡先	<input type="checkbox"/> 相手方携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 () ☎ (0722) 74 — 〇〇〇〇					
※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。							
自 賠 責 任 意 保 険	車両所有者 (相手方)	氏名	大阪 明夫	相手方との関係	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 堺市〇〇台二丁目9-4-306				
	保険契約者	氏名	同 上	相手方との関係	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		住所	〒 一 同 上				
	自動車区分等	区 分 (車 種)	自家用普通乗用自動車	登録番号 (ナンバー)	和泉500 あ 12-〇〇		
	自 賠 責	加入の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	契約期間	(自) 令和〇〇年〇〇月〇〇日～(至) 令和〇〇年〇〇月〇〇日		
		保険会社名	〇〇〇損害保険(株)		保険契約者名	大阪 明夫	
		証明書番号	774-46725-0 号 * * *				
	任 意 保 険	加入の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	契約期間	(自) 令和〇〇年〇〇月〇〇日～(至) 令和〇〇年〇〇月〇〇日		
		保険会社名	〇〇〇損害保険(株)		保険契約者名	大阪 明夫	
証券番号		75827AN - 4752633					
所在地		〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪市北区〇〇2-6-30 Mビル 10F					
部 署 名	〇〇損害サービス 第一課		担当者名	山口 〇〇〇			
			連絡先	(06) 7777 — 〇〇〇〇			