

第三者行為による傷病届

被害者・加害者関係	被保険者の記号と番号	記号 番号	氏名 自宅TEL		
	被保険者の事業所	名称	工場・支店		
		所属	TEL		
	負傷者が被扶養者である場合	氏名		被保険者との続柄	
	相手者	氏名			
		現住所	TEL		
	相手者の勤務先	名称		事業内容 又は職業	
所在地		TEL			
相手者が分らないとき	その理由				
事故内容	事故日時	平成 年 月 日 午前・後 時 分頃			
	発生の場所				
	警察等官公署への届出	有・無	届出先		
	事故発生 の 具体的 状況 (事故現場の略図を添付してください)			
				
事故現場の見取り図 (被害者と加害者の行動を、赤点線で示してください)					
	何の用務中か	当方(被害者) 相手者		業務上・通勤途上・その他 業務上・通勤途上・その他	

傷病名			
受診医療機関	医療機関名		TEL
	月 日 ~ 月 日 入院、		月 日 ~ 月 日 (回) 通院、
受診医療機関	医療機関名		TEL
	月 日 ~ 月 日 入院、		月 日 ~ 月 日 (回) 通院、
今後の治療の見通し			
過失の割合	あなたの意見	当方(被害者)	割
	相手側の意見	相手側	割
損害賠償請求をしますか。	<input type="checkbox"/> 賠償金を受け取った。 <input type="checkbox"/> 上記でイ・ロと答えた方はその名目と金額	<input type="checkbox"/> 今後請求する。 <input type="checkbox"/> 上記でハと答えた方はその理由	<input type="checkbox"/> 請求しない(受け取らない)
	相手がかけている保険で、この事故に適用できる損害賠償責任保険		
		保険会社名.....	支店名.....
		電話番号.....	ご担当者名.....

平成 年 月 日

上記のとおりお届けします。

事業所名 _____ 氏名 _____ 印 _____

代理の場合は被保険者との関係 _____