

第三者の行為による傷病届

被害者・加害者関係	被保険者証の記号番号	記号	氏名	TEL ()		
	被保険者の事業所	名称	所在地	TEL ()		
	被扶養者が受けた事故であるとき	氏名	続柄			
	加害者	氏名	生年月日	年	月	日
	車所有者との関係	本人・従業員・親族・その他 ()				
	加害者の勤務先	名称または氏名	所在地または住所			
	加害者の住所・氏名が判らないとき	その理由				
	発生場所					
	傷病名					
	種別					
事故結果						
警察官の立会						
所轄所						
事故の発生状況	文章で(詳細に)					
		被害者は何処から何処へ、どういう用途、目的で走行していましたか。				
添付書類	治療状況	この事故での医師の治療		受けた・受けない		
		医療機関名				
		医療機関所在地				
		治療期間	自 年 月 日	至 年 月 日	自 年 月 日	至 年 月 日
		支払方法	健康保険 (年 月 日から) ・ 自賠責 (任意) 保険 ・ その他			
		治療見込	年 月 日から約 日または 月位			

加害者の自賠責	自倍保険加入の有無	有・無	保険期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日	
	保険証明書番号			車両登録番号	
	車台番号			契約者氏名	
加害者の任意保険	契約保険会社	名称			
		所在地	TEL ()		
他の加害者がある場合	任意保険加入の有無	有・無	任意保険請求の可否	可・不可 (理由)	
	保険証明書番号				
	契約保険会社	名称			
		所在地	TEL ()		
損害賠償の請求・支払状況	※摘要状況	任意一括・個別請求 (担当)			
	加害者	氏名	生年月日		
		現住所			
	加害者の勤務先	名称または氏名	事業内容または職業		
		所在地または住所			
	自倍保険の加入の有無	有・無	保険期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日	
	保険証明書番号			車両登録番号	
	車台番号			契約者氏名	
	自賠責保険契約会社	名称			
		所在地	TEL ()		
任意保険加入の有無	有・無	保険期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日		
任意保険契約会社	名称	証明書番号			
	所在地				
損害賠償の請求は	してない・した (年 月 日)				
賠償額の受領は	もらってない・もらった (保険会社から・加害者から)				
受領年月日	第1回				
	第2回				
	第3回				
	賠償金の内容	休業補償費			
	慰謝料				
	雑費				
	その他				
示談状況	成立していない	年 月 現在	示談が成立していない理由		
	交渉中	年 月 現在			
	示談が成立	年 月 日	請求権を放棄した理由		
	請求権を放棄	年 月 日			