

第三者行為による傷病届

| | | | | | | | | |
|---------------------|--|----------------------------------|--------|-------------|-----|-------|---|----|
| 届出者 | 被保険者の 記号・番号 | | 被保険者氏名 | ⑩ | | | | |
| | 事業所名 (勤務先) | | | 勤務先 電話番号 | | | | |
| 被害者 (受診者) | 氏名 | | 生年月日 | | | 続柄 | | |
| | 住所 | | | 電話番号 | | | | |
| 相手方 (第三者) | 氏名 | | 生年月日 | | | 性別 | | |
| | 住所 | | | 電話番号 | | | | |
| | 勤務先 又は職業 | | | 勤務先 電話番号 | | | | |
| | 勤務先 住所 | | | | | | | |
| 事故発生 | 日時 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 午前・午後 | 時 | 分頃 |
| | 状況 | 出勤前・勤務中・出退勤途上・帰宅後・出張中・私用中・その他() | | | | | | |
| | 場所 | | | | | | | |
| | 事故取扱 警察署名 | | | | 係官名 | | | |
| 加害者の住所氏名が 判らないとき | 1.相手が分からない具体的な理由() 2.相手のいない自損事故だったため | | | | | | | |
| 傷害の部位 程度 | | | | | | | | |
| 被害事故の状況 (詳細に) | | | | | | | | |

※事故の相手の自動車保険加入状況

| | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------|--|---|--------|------------|---|----|---|---|---|
| 相手方 (第三者) の自動車 損害賠償 保険の加入 状況に ついて | 保険の加入状況 | | 自賠償保険 (有・無) | | | 任意保険 (有・無) | | | | | |
| | 自 賠 責 保 険 | 保険会社名 | | | 保険契約者名 | | | | | | |
| | | 保険契約期間 | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | | 契約証書番号 | | | 車体番号 | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | |
| | | 支店名・ 担当者名 | | | 電話番号 | | | | | | |
| | 任 意 保 険 (対 人) | 保険会社名 | | | 保険契約者名 | | | | | | |
| | | 保険契約期間 | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | | 契約証書番号 | | | 車体番号 | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | |
| | | 支店名・ 担当者名 | | | 電話番号 | | | | | | |
| | 個人情報保護関連 ※必ずご記入ください | | 本件について、事業所に申請内容について問い合わせることに同意します。(はい・いいえ) | | | | | | | | |