

第三者行為による傷病届

※ 治療を受けた人ごとに提出

|                             |                      |                                                           |                                                                 |                      |                                                     |                |
|-----------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|----------------|
| 当<br>方                      | 被 保 険 者              | 記 号<br>00                                                 | 番 号<br>0000                                                     | フリガナ<br>氏 名<br>健保 太郎 | ケンボ タロウ<br>昭 <del>平</del> 令 00 年 00 月 00 日生 ( 00 才) |                |
|                             | 現 住 所                | 〒 000 - 0000<br>東京都港区南青山〇丁目〇〇番〇〇号<br>TEL 00 ( 0000 ) 0000 |                                                                 |                      |                                                     |                |
|                             | 被保険者が勤務している事業所(連絡先)  | 名 称                                                       | 科研製薬株式会社                                                        |                      |                                                     |                |
|                             |                      | 所 在 地                                                     | 〒 113 - 8650<br>東京都文京区本駒込2丁目28番8号<br>TEL 03 ( 5977 ) 0000       |                      |                                                     |                |
|                             | 被扶養者が被害者であるとき        | フリガナ<br>氏 名                                               | ケンボ ハナコ<br>健保 花子                                                |                      |                                                     | 続柄<br>妻        |
|                             |                      | 昭 <del>平</del> 令 00 年 00 月 00 日生 ( 00 才)                  |                                                                 |                      |                                                     |                |
| 事<br>故<br>相<br>手            | 加 害 者                | フリガナ                                                      | ジコ イチロウ                                                         |                      |                                                     |                |
|                             |                      | 氏 名                                                       | 事故 一郎                                                           |                      |                                                     |                |
|                             |                      | 昭 <del>平</del> 令 00 年 00 月 00 日生 ( 00 才)                  |                                                                 |                      |                                                     |                |
|                             | 加 害 者 の 勤 務 先        | 現 住 所                                                     | 〒 000 - 0000<br>東京都港区赤坂〇丁目〇〇番〇〇号<br>TEL 00 ( 0000 ) 0000        |                      |                                                     |                |
|                             |                      | 名 称                                                       | 安全第一株式会社                                                        |                      |                                                     | 事業の内容<br>又は 職業 |
|                             |                      | 所 在 地                                                     | 〒 000 - 0000<br>東京都港区赤坂〇丁目〇〇番〇〇号<br>TEL 00 ( 0000 ) 0000<br>建設業 |                      |                                                     |                |
| 加害者の住所・氏名が不明の場合、その理由        |                      |                                                           |                                                                 |                      |                                                     |                |
| 事<br>故<br>の<br>内<br>容       | 傷 病 名                | 頸部捻挫                                                      |                                                                 |                      | 損害の程度                                               | 全治 1 ヶ月        |
|                             | 事 故 発 生 日 ・ 場 所      | 事故日時                                                      | 令和 00 年 00 月 00 日 ( 〇 ) 午前 00 : 00 頃                            |                      |                                                     |                |
|                             |                      | 場 所                                                       | 東京都港区南青山〇丁目の交差点                                                 |                      |                                                     |                |
|                             | 事 故 発 生 時 の 状 況      | 被保険者又は被扶養者                                                | 自動 <del>車</del> ・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外 ( )                         |                      |                                                     |                |
|                             |                      | 加 害 者 ( 事 故 相 手 )                                         | 自動 <del>車</del> ・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外 ( )                         |                      |                                                     |                |
|                             | 所 轄 警 察 署            | 警察に届出済 ・ 届出なし ・ 不明 ※注1                                    |                                                                 |                      | 届出署                                                 | 青山 警察署         |
| 過 失 の 度 合<br>( わ かる 範 囲 で ) | 自分(被害者)の過失           | 0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100 (%)            |                                                                 |                      |                                                     |                |
|                             | 相手(加害者)の過失           | 0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100 (%)            |                                                                 |                      |                                                     |                |
| 示<br>談<br>状<br>況            | 示 談 は 成 立 し て い ます か | 成 立 し て い る                                               | 令和 年 月 日 成立                                                     |                      |                                                     |                |
|                             |                      | 成 立 し て い な い ・ 交 渉 中                                     | 令和 00 年 00 月 00 日 現在                                            |                      |                                                     |                |
|                             | 成立していない場合はその理由       | まだ治療中であり、請求額が未確定のため                                       |                                                                 |                      |                                                     |                |
| 請 求 権 を 放 棄 し た 場 合         | 令和 年 月 日             | 理由                                                        |                                                                 |                      |                                                     |                |

※注1 物損事故で処理した場合、別途「人身事故証明入手不能理由書」の提出を求める場合があります。

|                                     |           |                                       |                                                           |                                                            |          |         |         |
|-------------------------------------|-----------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------|---------|---------|
| 相手方の賠償保険加入状況                        | 自動車保険     | 自賠責保険                                 | 保険会社名                                                     | 日本海上火災保険株式会社                                               |          |         |         |
|                                     |           |                                       | 所在地                                                       | 〒 000 - 0000<br>東京都新宿区西新宿〇丁目〇〇番〇〇号<br>TEL 00 ( 0000 ) 0000 |          |         |         |
|                                     |           |                                       | 契約期間                                                      | 0000 年 00 月 00 日 ~ 0000 年 00 月 00 日                        |          | フリガナ    | ジコ イチロウ |
|                                     |           |                                       | 契約書番号                                                     | *****                                                      |          | 契約者名    | 事故 一郎   |
|                                     | 任意保険      | 任意保険                                  | 保険会社名                                                     | 日本海上火災保険株式会社                                               |          | 担当者名    | 保険 良夫   |
|                                     |           |                                       | 所在地                                                       | 〒 000 - 0000<br>東京都新宿区西新宿〇丁目〇〇番〇〇号<br>TEL 00 ( 0000 ) 0000 |          | フリガナ    | ジコ イチロウ |
|                                     |           |                                       | 契約期間                                                      | 0000 年 00 月 00 日 ~ 0000 年 00 月 00 日                        |          | 任意一括    | 有・無     |
|                                     |           |                                       | 契約書番号                                                     | *****                                                      |          | ※注2     |         |
|                                     | 個人賠償責任保険等 | 個人賠償責任保険等                             | 保険会社名                                                     |                                                            |          | 担当者名    |         |
|                                     |           |                                       | 所在地                                                       | 〒 -<br>TEL ( )                                             |          |         |         |
| 契約期間                                |           |                                       | 年 月 日 ~ 年 月 日                                             |                                                            | フリガナ     |         |         |
| 契約書番号                               |           |                                       |                                                           |                                                            | 契約者名     |         |         |
| 当方の保険加入状況                           | 任意保険      | 保険会社名                                 | 駒込海上火災保険株式会社                                              |                                                            | 担当者名     | 関東 大地   |         |
|                                     |           | 所在地                                   | 〒 000 - 0000<br>東京都港区南青山〇丁目〇〇番〇〇号<br>TEL 00 ( 0000 ) 0000 |                                                            | フリガナ     | ケンボ タロウ |         |
|                                     |           |                                       |                                                           |                                                            | 契約者名     | 健保 太郎   |         |
|                                     | 人身傷害保険    | 加入の有無                                 | あり・なし                                                     | 保険会社名                                                      | 関東海上火災保険 | 担当者名    | 関東 大地   |
| 当方の治療状況                             | 医療機関      | 名称                                    | 南青山外科病院                                                   |                                                            |          |         |         |
|                                     |           | 所在地                                   | 〒 000 - 0000<br>東京都港区南青山〇丁目〇〇番〇〇号<br>TEL 00 ( 0000 ) 0000 |                                                            |          |         |         |
|                                     | 治療期間      | 令和 00 年 00 月 00 日から (入院 自 月 日 至 月 日 ) |                                                           | 通院                                                         |          |         |         |
|                                     | 転院した場合    | 令和 年 月 日から (入院 自 月 日 至 月 日 )          |                                                           | 通院                                                         |          |         |         |
|                                     | 後遺症       | ある・ある見込み・ない・ない見込み・不明                  |                                                           |                                                            |          |         |         |
|                                     | 治療費の支払方法  | 健康保険・被害者負担・加害者負担(自賠責支払)・その他( )        |                                                           |                                                            |          |         |         |
|                                     | 損害賠償      | 相手方に対する損害賠償の請求状況                      |                                                           | すでに請求済・現在のところ未請求                                           |          |         |         |
| 相手方からの損害賠償金等の受領状況                   |           | 受領済・受領していない                           |                                                           |                                                            |          |         |         |
| ※ 相手方や保険会社から賠償金を受領した場合のみ下欄にご記入ください。 |           |                                       |                                                           |                                                            |          |         |         |
| 賠償金の内訳                              |           | 治療費                                   | 円                                                         | 慰謝料                                                        | 円        |         |         |
|                                     |           | 休業補償費                                 | 月 日から 月 日までの 日間<br>日間×日額                                  |                                                            | 円＝       | 円       |         |
|                                     |           | 葬祭費                                   | 円                                                         | その他                                                        | 円        |         |         |
|                                     |           | 見舞金                                   | 円                                                         | (合計額)                                                      | 円        |         |         |
| 受領方法                                |           | 一括                                    | 令和 年 月 日 受領                                               |                                                            |          |         |         |
|                                     |           | ( 分割 ) 回払い                            | 1回目                                                       | 円                                                          | 令和 年 月 日 | 受領      |         |
|                                     |           |                                       | 2回目                                                       | 円                                                          | 令和 年 月 日 | 受領      |         |
|                                     | 3回目       |                                       | 円                                                         | 令和 年 月 日                                                   | 受領       |         |         |

※注2 任意一括とは、自賠責保険を含めて任意保険会社が一括して対応している場合です。

受付印