

第三者行為による傷病(事故)届

※過失割合の状況にかかわらず、事故相手を加害者、あなたを被害者という立場で記入してください。

被 保 険 者	被保険者証	記号	番号	所属部署								
	被保険者氏名				連絡先							
	被保険者住所	〒										
被 害 者	被害者氏名				被保険者との続柄							
	被害者住所	〒										
加 害 者 (相 手 方)	加害者氏名				連絡先							
	加害者住所	〒										
	勤務先又は職業				連絡先							
	勤務先住所	〒										
	加害者不明の場合	その理由										
事 故 の 内 容	発生日時	令和	年	月	日 ()	午前・午後	時	分				
	発生場所											
	発生時の状況	勤務中・通勤中(入社/退社時)・私用外出中・その他()										
	本人の過失状況	飲酒運転・無免許運転・暴走行為・該当なし										
	警察への届出	所轄署				警察署	届出日	令和	年	月	日	
		未届の場合はその理由										
	種別	被害者	車・バイク・自転車・歩行			加害者	車・バイク・自転車・歩行					
過失割合	被害者	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			加害者	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10						
治 療 状 況	医療機関名				傷病名							
	所在地											
	入院	令和	年	月	日から	令和	年	月	日	支払方法	自費(10割)・健康保険・自賠責・加害者負担	
	通院	令和	年	月	日から	令和	年	月	日	支払方法	自費(10割)・健康保険・自賠責・加害者負担	
	医療機関名				傷病名							
	所在地											
	入院	令和	年	月	日から	令和	年	月	日	支払方法	自費(10割)・健康保険・自賠責・加害者負担	
通院	令和	年	月	日から	令和	年	月	日	支払方法	自費(10割)・健康保険・自賠責・加害者負担		
補 足	後遺症	ある・ある見込み・ない・ない見込み										
	治癒見込み	令和 年 月 日頃 ※治療が終了している時は最終受診日を記入										

交通事故以外の被害行為(暴力・犬咬等)の場合は、事故発生状況をこちらに具体的に記入してください。

	受付日付印

加害者(相手方)の自動車保険加入状況

交通事故によるとき	自賠責保険	保険会社名				連絡先			
		取扱店所在地	(担当者名:)						
		保険契約者名				連絡先			
		保険契約者住所							
		車両所有者氏名			加害者との関係			連絡先	
		自賠責証明書番号				自動車の種別			
		保険期間	自:平成・令和	年	月	日	登録番号		
	至:平成・令和		年	月	日	車台番号			
	任意保険	保険会社名				連絡先			
		取扱店所在地	(担当者名:)						
		保険契約者名				連絡先			
		保険契約者住所							
		保険期間	自:平成・令和	年	月	日	保険証書番号		
	至:平成・令和		年	月	日	※任意一括の有無(注)	有・無		

(注)任意一括とは、任意保険会社が窓口となり自賠責保険と対人賠償保険の保険金を被害者に一括支払う制度です。

被害者(あなた)が加入している人身傷害補償(任意)保険の使用状況について

使用の有無	有(使用した)・無(使用していない)	担当者名	
任意保険会社名		連絡先	

示談の状況	令和 年 月 日現在(届出時点) ※該当する項目に☑を入れてください。
	<input type="checkbox"/> 示談が成立 令和 年 月 日に成立 (成立している場合は示談書の写しを添付してください)
	<input type="checkbox"/> 交渉中・未定 未定 / 令和 年 月頃成立予定
	<input type="checkbox"/> 成立していない その理由:
	<input type="checkbox"/> 請求権放棄をした その理由:

損害賠償の支払状況	自動車事故の時、保険会社から賠償金の受領を <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> した (したに☑された方は下記もご記入ください)									
	加害者に対する損害賠償の請求は <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> した (受領した場合は下記もご記入ください)									
	加害者や損害保険会社から損害賠償を受けた時	賠償金の内訳	医療費(入院費を含む)	自:平成・令和	年	月	日	日分	円	
				至:平成・令和	年	月	日			
			休業補償費	自:平成・令和	年	月	日	日分	円	
				至:平成・令和	年	月	日			
			埋葬料							円
			慰謝(慰藉)料							円
			見舞金							円
			傷害補償							円
	その他							円		
		合計							円	
	受領方法	全額	令和 年 月 日 受領							
		分割	第1回	令和 年 月 日 受領					円	
第2回			令和 年 月 日 受領					円		
第3回			令和 年 月 日 受領					円		

■ 第三者行為による傷病(事故)届を提出される際は、添付書類として交通事故証明書の原本が必要となります。

取得した証明書の照合記録簿の種別が物件事故の場合、人身事故証明書入手不能理由書も提出してください。

■ 口頭で示談が成立した場合、その時の詳細(誰とどのような取り交わしをしたか)を別紙に記載してください。