

第 三 者 行 為 負 傷 届

負傷者	被保険者証の記号・番号		被保険者氏名		明・大・昭 年 月 日 生 Ⓜ			
	被保険者の住所		Ⅲ			職種		
	勤務先の名称			所在地		Ⅲ		
	負傷者が被扶養者であるとき		氏名	明・大・昭 年 月 日 生			続柄	
事故の内容等	診療をうけた医療機関	自費	名称		診療期間	自平成 年 月 日	至平成 年 月 日	
			所在地					
		健保	名称		診療期間	自平成 年 月 日	至平成 年 月 日	
			所在地					
	加害者	氏名		住所				
		勤務先の名称		所在地				
	発生日		平成 年 月 日			時頃		
	発場所		発原因		工作中・通勤途上・その他			
	事故発生状況 <small>詳細に記入</small>		事故現場の見取図					
							
.....								
.....								
.....								
.....								
示談成立の状況	示談	平成 年 月 日 成立			平成 年 月 日 現在		交渉中 成立していない	
							
							
							
							
(示談成立しているときはその写を添付して下さい)								

自動車 で事故が 生じた とき (相手方 車両)	自動車損害賠償責任保険		加入している 加入していない	契約期間	自平成 至平成	年	月	日		
	任意保険		加入している 加入していない	契約期間	自平成 至平成	年	月	日		
	自賠責 保険	自動車の所有者の氏名		住所						
		契約者の氏名		住所						
		契約会社名		自賠責保険 証明書番号	第	号				
		自動車の種別		車台番号						
		登録番号		管轄警察署						
	任意 保険	自動車の所有者の氏名		住所						
		契約者の氏名		住所						
		契約会社名		証明書番号	第	号				
自動車の種別			車台番号							
登録番号			管轄警察署							
損害賠償 受領の 状況	賠償金請求		済・未	賠償金受領		済・未				
	賠償 金の 内訳	種別	金額(円)	受 領 方 法 () 回払	全額	円 平成 年 月 日 受領				
		医療費			分割	第1回	円 平成 年 月 日 受領			
		慰謝料				第2回	円 平成 年 月 日 受領			
		葬祭費				第3回	円 平成 年 月 日 受領			
		休業補償費				第4回	円 平成 年 月 日 受領			
	計		未払の場合	調停・和解・督促手続・差押・その他						
備考										

注 自動車事故の場合は、この届に下記の書類を添付して下さい。

1. 事故状況報告書
2. 念書
3. 交通事故証明書原本