

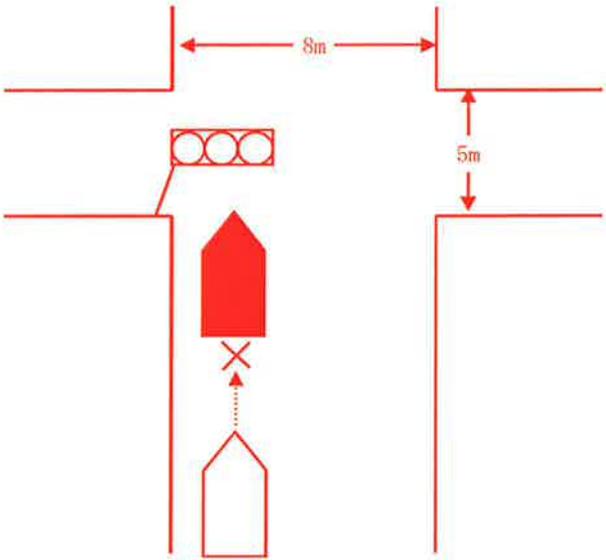
# 第三者の行為による傷病届

(本人・家族)

(その1)

被 害 者	被保険者証	記号	00	(フリガナ)	ケンボ タロウ
		番号	00000	氏名	健保 太郎 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>
	現住所	〒 000-0000		Tel. 000-000-0000	
害	被保険者が勤務 している事業所	名称	〇〇〇〇株式会社		
		所在地	〒 000-0000	Tel. 000-000-0000	
者	被扶養者がうけた 事故であるとき	(フリガナ)			
		氏名			
加 害 者	加 害 者	(フリガナ)	カガイ イチロウ		生年月日
		氏名	加害 一郎		
	現住所	〒 _____		Tel. _____	
関 係	勤 務 先	名称	××株式会社		事業 職種
		所在地	〒 000-0000	Tel. 000-000-0000	
	加害者の住所氏名 が判らないとき	その理由			
事 故 内 容	傷 病 名	頸椎捻挫		事 故 年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日 午前・午後 〇〇時〇〇分頃
	発生の場所	〇〇町〇〇交差点			
	種 別	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">自動車</span> ・ 自動二輪 (バイク) ・ 自転車 ・ 殴打</li> <li>・ 刺傷 ・ その他 ( )</li> </ul>			
	事故結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 死亡 (・ 即死 ・ 入院直後 ・ 入院中) (死亡 年 月 日)</li> <li>・ 治療 (入院 / <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">通院</span>)</li> </ul>			
	警察官の立会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">あった</span> ・ ない ・ ないが届済 ・ わからない</li> </ul>			
	所 轄 署	〇〇 警察署		〇〇 派出所	
	過失の度合	自 分 が な ん ぶ		相 手 が な ん ぶ	
	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		
この届に添えて  提出する書類	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自動車事故証明書</li> <li>2. 事故発生状況報告書</li> <li>3. 診断書</li> <li>4. 念書</li> <li>5. 死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書</li> <li>6. 示談している時は示談書の写し</li> </ol>				受付年月日

(その1)

事 故 発 生 状 況	加害者の行為によって生じた事故について加害者の行動及び被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入して下さい。
	交差点で信号待ちをしていたところ、わき見を運転をしていた加害者の車に後ろから追突
	された。
事 故 現 場 の 見 取 図	事故が発生した場所の見取図を記載して下さい。 そして被害者と加害者の行動を赤点線をもって表示して下さい。
	

(注) 自動車事故であって『事故発生状況報告書』をこの届に添えて提出するときは、記入する必要はありません。

# 第三者の行為による傷病届

(本人・家族)

(その2)

加害者の自動車 保険加入状況	自賠償保険 加入の有無	ある・ない		保険契約 期 間	自 平成〇〇年〇〇月〇〇日 至 平成〇〇年〇〇月〇〇日	
	保険証明書番号	第	000000	号	契約者 氏 名	加害 一郎
	契約保険会社	名 称	〇〇損害保険株式会社			
		所在地	〒 000-0000		TEL 000-000-0000	
			〇〇県〇〇市〇〇町3			
示談状況	示談が成立	交渉中		平成〇〇年〇〇月〇〇日	請求権を放棄した	
	平成 年 月 日	成立していない	現在		平成 年 月 日	
		示談が成立して いない理由			放棄した 理由	
損害賠償 の請求 および 支払 状況	自動車事故のとき保険会社 からの賠償金の受領は	した(請求者名 ) しない・請求中				
	加害者に対する	していない	年 月 日	}	治療費 円	
	損害賠償の請求	した	口頭・文書		休業補償 円	
				その他 円		
	損害賠償の種類	加害者直接賠償・保険会社からの賠償				
第三者(加害者)から損害賠償をうけたとき	賠償金の内訳	治療費 (入院費を含む)				
		休業補償費 ( )日分	自 平成 年 月 日 1日につき	円		
			至 平成 年 月 日 計	円		
		葬 祭 費				円
		慰 謝 料				円
		見 舞 金				円
		障害補償費				円
		そ の 他				円
	合 計				円	
受領方法 および年月日	受領方法	全 額	平成 年 月 日 受領			
		分 割	第1回	円	年 月 日 受領	
		第2回	円	年 月 日 受領		
	( )回払	第3回	円	年 月 日 受領		

(その2)

加害者の自動車 保険加入状況	任意保険 加入の有無	ある・ない		保険契約 期 間	自 平成〇〇年〇〇月〇〇日 至 平成〇〇年〇〇月〇〇日	
	保険証券番号	第 000000 号	契 約 者 氏 名	加害 一郎		
	契約保険会社	名称	〇〇損害保険株式会社			
		所在地	〒 000-0000	Tel 000-000-0000		
			〇〇県〇〇市〇〇町4			
治 療 を う け た と き	この事故で医師の 治療を受けましたか	うけた・うけない				
	医 療 機 関	名 称	〇〇〇〇病院		Tel 000-000-0000	
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町100			
	支 払 方 法	健康保険・加害者負担・自費・その他( )				
	治 療 開 始	平成〇〇年〇〇月〇〇日		入院・通院		
	転 帰	(平成〇〇年〇〇月〇〇日 現在) 現在入院中・通院加療中・治癒・中止				
	入 院 治 療 期 間	入院	自平成 年 月 日		～ 至平成 年 月 日	
		通院	自平成〇〇年〇〇月〇〇日		～ 至平成〇〇年〇〇月〇〇日	
後 遺 症	ある・ある見込・ない・ない見込					
治 療 見 込	平成〇〇年〇〇月〇〇日 から約		〇〇 日	ぐらい		
			月			



この欄は記入する必要はありません。

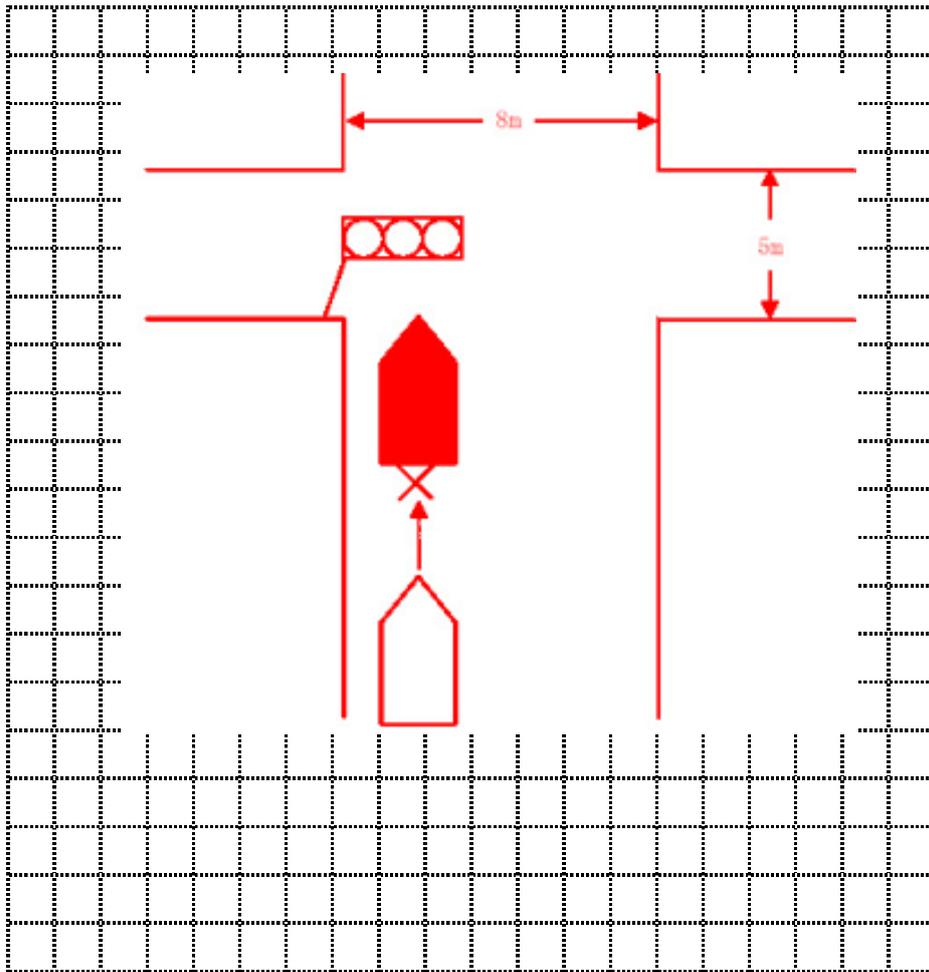
給 付 内 容				
種 別	金 額	内 訳	支 払 年 月 日	備 考
療養の給付	円	自 日間 至		
療 養 費	円	看護・移送・輸血・柔道 マッサージ・装具		
傷病手当金	円	自 日間 至		
合 計	円			

# 事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲(甲車の運転者)	氏名	加害 一郎	乙(被害者)	氏名	健保 太郎
				<input checked="" type="checkbox"/> 運転・同乗 { 甲車 甲車以外の車 <input type="checkbox"/> 歩行・その他	
速度	甲車 15 Km/h(制限速度 60 Km/h)、	甲車以外の車 0 Km/h(制限速度 60 Km/h)			
道路状況	見通し <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">良</span> い	道路幅	甲車側 ( 00 m )、甲車以外の車側 ( 00 m )		
信号又は標識	信号 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">有</span> り	一時停止標識	有	無	その他標識

事故発生状況略図 (道路幅を m で記入して下さい)



- 甲 車
- 甲車以外の車
- 進行方向
- 信 号
- 一時停止
- 人 間
- 自 転 車 }
- オートバイ }

事故発生状況を図示して下さい。

上記図の下の説明を

交差点で信号待ちをしていたところ、後ろからきた加害者の車が止まりきれずに追突された。

平成 ○○年 ○○月 ○○日

報告者 甲との関係 ( ○○○ )  
乙との関係 ( ○○○ )

氏名 ○○○ ○○ 印