

第三者行為による傷病届（記入例）

〈交通事故用〉令和〇年 3 月 29 日

事業所 または出向先	名称	味の素(株) 〇〇支社		
	所在地	〇〇県湯川市真弓 2-17-11		
被 保 険 者	保険証記号 (事業所コード)	21	保険証記号 (氏名コード)	906256
	住所 (〒〇〇〇—〇〇〇〇) 〇〇県樽川市尚美町 1-2-3 氏名 織田野 武成 ㊟			
被害者の氏名		織田野 武成 (24才)	続柄	本人
診 療 を 受 け た 医 療 機 関	名称	伊東総合病院		
	所在地	〇〇県鈴木市美帆町 1-2-3		
加 害 者	住所 氏名	〇〇県江副市真由美ヶ丘 4-5-6 事故山 太郎 TEL (〇〇〇) —△△△—××××		
	事業主 所在地・名称	〇〇県長沼市由紀町 7-8-9 長沼運輸(株) TEL (△△△) —〇〇〇—□□□□		
傷 病 の 内 容	日時	令和〇年 3 月 28 日 11 時 15 分頃		
	場所	〇〇県樽川市尚美町 スーパーウシジマ前路上		
	原因	交通事故による打撲		
	(事故の状況) * 事故証明書、図示して説明を加えた事故発生状況報告書を添付する。			
示談関係	ある ・ <input checked="" type="checkbox"/> ない (あるときは示談書の写しを添付すること)			
加 害 者	車の車種 と番号	2tトラック 〇〇44た 5401	保有者の 住所・氏名	長沼運輸(株)
	自動車損害賠償保障法との 関係について	保険契約	<input checked="" type="checkbox"/> ある (期間令和〇年 12 月から 1 年間) ・ ない	
		保険会社の 名称所在地	アジア損保(株) 東京都中央区〇〇 1-5-8	
		保険金 の請求	(加害者) した・しない	(被害者) した・しない

受 付 印

常務理事	事務長	担当者