

第三者行為による傷病届

(交通事故・傷害事故)

(その1)

被保険者関係	記号・番号 1—	氏名 □昭和・□平成・□令和 年 月 日生(歳)	印
	自宅住所	〒 -	Tel() —
	勤務先		Tel() —
	勤務所在地		職種 1. 医師 2. 看護師 3. 医技員 4. 事務員 5. その他 ()
	勤務時間	□午前・□午後 時 分 ~ □午前・□午後 時 分	
	現在の連絡先		
第一当事者(被災者)	氏名	続柄() □昭和・□平成・□令和 年 月 日生(歳)	
	住所	〒 -	電話 () —
事故関係内容	事故日	□平成 年 月 日 □令和 年 月 日	□午前・□午後 時 分頃発生
	事故の種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打刺傷・その他()	
	発生場所		
	警察署	署 派出所	届出ない場合はその理由
	事故が発生した時 負傷者の状況は	お酒は飲んで 1. いた(量は) 2. いない 1. 歩行者 2. 自動車 3. バイク 4. その他() 1. 出勤途中 2. 勤務時間中 3. 帰宅途中(時 分終了) 4. パートに行く途中 5. パートの帰り(時 分終了) 6. 私用外出中 7. ()	
過失割合	当方 > 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	相手方 > 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	
上記の理由 ※必ず記入してください	相手方		
	当方		
※当組合が今後連絡をとるとき代行者がある場合は下記に記入してください			
第一当事者被災者	氏名	被害者との関係	電話 () —
第二当事者相手方	氏名	相手方との関係	電話 () —

(その2)

第二当事者(相手方関係)	この事故を発生させたときは		1. 業務中事故 ()		2. 業務外の事故		
	氏名	□昭和・□平成・□令和 年 月 日生 (歳)					
	住所	〒 -		電話	() -		
	勤務先			電話	() -		
	住所	〒 -		事故担当者			
	加害車両	所有者	住所				
	相手方の住所氏名が判らない時		その理由				
自賠責保険	会社名			住所			
	電話番号	() -		証明書番号	()		
	契約者名			契約期間	~		
任意保険	この事故で相手方の任意保険が使えますか 1. 使える 2. 使えない						
	使えない理由						
	会社名			住所			
	電話番号			担当者名			
相手の保険会社に請求しましたか	1. した(自賠責 任意)		2. しない		請求した場合 月 日 () 円 1. 受領 2. 未受領		
示談の成立は	1. した(示談書のコピーを添付ください)				2. しない		
治療関係	病院	区分	傷病名	初診日	健保使用日	備考	
		入・通		・	・		
		入・通		・	・		
		入・通		・	・		
	この届書を提出する時点の治療は			1. 入院中		2. 通院中 3. 治癒	
治療費は誰がはらっていますか			氏名		関係		
人身傷害保険	この事故で人身傷害保険を使用しましたか		1. 使った		2. 使っていない		
	使用し、請求した場合 月 日 () 円		1. 受領		2. 未受領		
	会社名			住所			
電話番号	() -		担当者名				
上記のとおりお届けします 令和 年 月 日					受付印		
池友会健康保険組合 理事長 殿							