

第三者行為による傷病届（交通事故以外）

被 保 険 者	記号 <small>(被保険者証)</small>		番号 <small>(被保険者証)</small>		事業所名 <small>(勤務先)</small>		
	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏名	Ⓜ			電話番号	- -	
	住所	〒			電話番号	- -	
被 害 者 <small>(負傷者)</small>	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏名				電話番号	- -	
	住所	〒			電話番号	- -	
加 害 者 <small>(第三者)</small>	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏名				電話番号	- -	
	加害者が未成年の場合その者の親権者・後見人等	フリガナ				生年月日	年 月 日
		住所	〒			電話番号	- -
負 傷 の 内 容	負傷日時	令和 年 月 日 (曜日) ・ 午前 / 午後 時 分頃					
	発生場所						
	警察への届出	届出の有無	有 ・ 無	所轄	警察署	被害届 受理番号	
	発生状況図（加害者と被害者の行動を図にしてください）				状況説明		
	発生状況	勤務中 ・ 通勤途上 ・ 私用外出中 ・ その他 ()					

【この第三者行為による傷病届に、下記書類を添付してご提出ください】

受付日印

- 1、念書
- 2、確認書
- 3、示談が成立している場合は「示談書(写)」

加害者加入保険等 (求償先)	加害者が人身傷害保険等に加入しており医療費の補償を受けられる場合は、その情報を下記にご記入ください					
	保険会社名		取扱店所在地	〒		
	電話番号	— —	担当部署		担当者	
	保険契約者氏名	フリガナ	保険契約者住所	〒		
治療状況	①	医療機関名称		治療期間	年 月 日から	年 月 日まで
		治療費の支払状況	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ()			
	②	医療機関名称		治療期間	年 月 日から	年 月 日まで
		治療費の支払状況	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ()			
	③	医療機関名称		治療期間	年 月 日から	年 月 日まで
		治療費の支払状況	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ()			
治療終了見込み (治療終了日)	<input type="checkbox"/> 治療終了見込 年 月頃 <input type="checkbox"/> 治療終了 年 月 日					
示談状況	示談又は和解 (該当に○をつける)					
	・ 示談成立 ※示談している場合は、示談書の写しを添付すること					
	・ 示談交渉中					
	・ 示談していない					