

第三者行為による傷病届（交通事故以外用）

被保険者等 記号・番号		—		被保険者 氏 名				
相手方	ふりがな					電話番号	— —	
	氏 名					勤務先		
	住 所	〒 —						
	相手方の連絡先等がわからないとき、その理由							
発生状況	発生場所 （住所）	〒 —						
	警察への届出		1.届出済 2.届出していない		届出済の場合 所 轄 署	警察署		
	警察官の立会		1.あった 2.なかった 3.不明			派出所		
示談状況		1.示談成立 令和 年 月 日 [示談書の写しを添付してください]						
		2.交渉中 (状況)						
		3.交渉していない (理由)						
		4.請求権を放棄した 令和 年 月 日 (理由)						
損害賠償	相手方に対し 損害賠償請求をしたとき	令和 年 月 日 (口頭・文書)				備考		
		治療費	円	慰謝料	円			
	休業補償	円	その他	円				
	相手方から 損害賠償を受けたとき	治療費	円	慰謝料	円			
		休業補償	円	その他	円			
	保険加入状況	相手方 （加害者）	加害者が加入している保険会社の関与の有無をチェックし、「有」の場合は下欄を記入					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
契約番号			第	号	保険期間	年 月 日～	年 月 日	
契約 保険会社			名 称				担当者	
			取扱店 所在地	〒 —	TEL	— —		
保険 契約者			氏 名				加害者との関係	
			住 所	〒 —	TEL	— —		
負傷者 （被害者）		被害者が加入している保険会社の関与の有無をチェックし、「有」の場合は下欄を記入					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		契約番号	第	号	保険期間	年 月 日～	年 月 日	
		契約 保険会社	名 称				担当者	
			取扱店 所在地	〒 —	TEL	— —		
	保険 契約者	氏 名				被害者との関係		
		住 所	〒 —	TEL	— —			

日付は和暦、選択欄は該当の項目の数字を記入するか、○で囲んでください。チェック欄があるところは該当の項目にレ点を記入してください。