

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.なかつた 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	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。