

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		123 — 1234567		被保険者 氏 名		健康 太郎		
相手方	ふりがな	ほけん さぶろう			電話番号	090 — 1111 — 2222		
	氏 名	保険 三郎			勤務先	〇〇〇〇株式会社		
	住 所	〒 111 — 3333 〇〇〇〇県〇〇市〇〇区××						
	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）	〒 111 — 2222 〇〇〇〇県〇〇市〇〇町3丁目4番5号						
	警察への届出	2	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	2	1.あった 2.なかった 3.不明			派出所		
示談状況	2	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） 令和7年12月20日現在、交渉中						
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			
		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					☐ 有 ☒ 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					☐ 有 ☒ 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。