

# 第三者の行為による傷病届

被害者	被保険者証	記号	0000		被保険者	紙商 太郎		印
	の記号番号	番号	1234		氏名			
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名	紙商 次郎			続柄	長男	
	住所	〒000-0000	東京都 区 町 1234			TEL	03 ( × × × )	
	事業所	株式会社						
加害者	所在地	〒000-0000	東京都 区 町 2345			TEL	03 ( × × × )	
	氏名	東京 三郎			大・昭・平	50 年 12 月 10 日生		
	住所	〒000-0000	東京都 区 町 1234			TEL	03 ( × × × )	
	勤務先	所在地	〒000-0000	東京都 区 町 2345			TEL	03 ( × × × )
名称		株式会社						
事業主		東京 太郎						
事故内容	傷病名	頸椎捻挫			発生年月日	H.15 年 5 月 5 日 午前・午後 18 時 30 分頃		
	事故発生現場	東京都 区 町 1111						
	種別	自動車事故 ・ バイク事故 ・ 殴打 ・ その他 ( )						
	業務上の別	被害者	業務上 ・ 業務外					
		加害者	業務上 ・ 業務外					
	警察官の立会	あつた ・ ない ・ ないが届出済み ・ わからない						
	所轄警察署	警察署			派出所			
過失の割合	自分の方が ( 50 ) %			相手の方が ( 50 ) %				
治療状況	受診保険医療機関	都立 病院						
	所在地	東京都 区 × × 町 123						
	支払い方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ( )						
	治療開始期	H.15 年 5 月 5 日 から入院・通院						
年 月 日 から入院・通院								

加害者欄には、過失に関係なく相手方のことを記載して下さい。

過失割合が不明の場合は、記入しなくても結構です。

上記のとおりお届けいたします。  
東京紙商健康保険組合殿

加害者の自動車保険加入状況	自動車保有者	住所 (所在地)	〒			
		氏名 (名称)	フリガナ		加害者との関係	
	強制保険	契約者	住所 (所在地)	〒		
			氏名 (名称)	加害者に同じ		
		契約保険会社	住所 (所在地)	〒000-0000 東京都 区 町 2345 TEL 03 ( × × × )		
			名称	火災海上保険 (株) 担当者 井		
		保険証明番号	A-123-45678			
	保険期間	平成 13 年 10 月 23 日 ~ 平成 16 年 10 月 23 日				
	任意保険	契約者	住所 (所在地)	〒		
			氏名 (名称)	加害者に同じ		
契約保険会社		所在地	〒000-0000 東京都 区 × × 町 12345 TEL 03 ( × × × )			
		名称	損害保険 (株) 担当者 川			
保険証番号		12345-678910				
保険金 (対人のみ)		無制限				
保険期間	H.13 年 10 月 23 日 ~ H.18 年 10 月 23 日					
示談状況	示談が成立した ・ 交渉中 ・ 成立していない H.15 年 10 月 12 日現在					
損害賠償の請求・支払い方法	自動車事故の場合、保険会社からの賠償金の受領		した ・ していない 請求中 (請求者名)			
	加害者に対する損害賠償の請求は		口頭で ・ 文書で した ・ 請求中 ・ していない			
	加害者から賠償を受領した場合のみ記入					
	損害賠償の種類	加害者直接賠償 ・ 保険会社からの賠償				
	治療費					
	休業補償費	自 年 月 日	1日につき		円	
	その他					
	合計額					
受領方法及び受領年月日	全額受領	年 月 日				
	分割受領 ( ) 回払い	年 月 日から				

保険関係は、相手側の保険を記入して下さい。

相手が、任意保険に加入している場合は、任意保険の内容も記載して下さい。