

# 第三者の行為による傷病届

## 1. 被害者について

|         |   |        |       |
|---------|---|--------|-------|
| 記号 - 番号 | 0000 - 1234                                   | 被保険者氏名 | 紙商 太郎 |
| 被害者氏名   | 紙商 次郎   | 続柄     | 長男    |
| 現住所     | 〒000-0000 東京都〇〇区〇〇町1234<br>Tel 03 (XXXX) 〇〇〇〇 |        |       |

加害者欄には、過失に関係なく相手方のことを記載してく

## 2. 加害者について

|        |   |      |                    |
|--------|---|------|--------------------|
| 加害者氏名  | 東京 三郎   | 生年月日 | 大・昭・平 50年 12月 10日生 |
| 加害者住所  | 〒000-0000 東京都△△区△△町1234<br>Tel 03 (XXXX) 〇〇〇〇 |      |                    |
| 勤務先名称  | 〇〇株式会社  | 事業主名 | 東京 太郎              |
| 勤務先所在地 | 〒000-0000 東京都〇〇区〇〇町2345<br>Tel 03 (XXXX) 〇〇〇〇 |      |                    |

## 3. 事故の内容

|         |  |
|---------|--|
| 発生日     | 令和 R.5年 5月 5日 午前・午後 18時 30分頃                               |
| 発生の場所   | 東京都〇〇区△△町1111  |
| 種別      | 自動車事故・自転車事故・殴打・その他( )                                      |
| 警察官の立会  | あり・ない・ないが届出済・わからない   |
| 所轄警察署   | 〇〇警察署 派出所  |
| 業務上・外の別 | 被害者 業務上・通勤途上 業務外 過失の割合 被害者 50%<br>加害者 業務上・通勤途上 業務外 加害者 50% |

過失割合が不明の場合は、記入しなくても結構です。

## 4. 被害者の傷病名及びその治療状況

|         |      |                      |  |
|---------|------|----------------------|--|
| 被害者の傷病名 | 頸椎捻挫 |                      |  |
| 受診医療機関① | 名称   | 都立〇〇病院               |  |
|         | 治療開始 | 令和 5年 5月 5日から入院・通院   |  |
|         | 支払方法 | 健康保険・加害者負担・自費・その他( ) |  |
| 受診医療機関② | 名称   |                      |  |
|         | 治療開始 | 令和 年 月 日から入院・通院      |  |
|         | 支払方法 | 健康保険・加害者負担・自費・その他( ) |  |

保険関係は、相手側

## 5. 加害者の自動車保険加入状況

|           |              |  |                              |                              |
|-----------|--------------|--|------------------------------|------------------------------|
| 自動車保有者    | 住所(所在地)      | 〒  |                              |                              |
|           | フリガナ         |  | 加害者との関係                      |                              |
|           | 氏名(名称)       | 加害者に同じ   |                              |                              |
| 強制保険      | 住所(所在地)      | 〒  |                              |                              |
|           | 氏名(名称)       | 加害者に同じ   |                              |                              |
|           | 所在地          | 〒000-0000 東京都〇〇区〇〇町2345<br>Tel 03 (XXXX) 〇〇〇〇  |                              |                              |
| 任意保険      | 名称           | 〇〇火災海上保険(株)                                    |                              | 担当者 〇井                       |
|           | 保険証券番号       | A-123-45678                                    | 保険期間                         | 令和 3年 10月 23日～ 令和 6年 10月 23日 |
|           | 住所(所在地)      | 〒  |                              |                              |
| 任意保険      | 氏名(名称)       | 加害者に同じ   |                              |                              |
|           | 所在地          | 〒000-0000 東京都〇〇区××町12345<br>Tel 03 (XXXX) 〇〇〇〇 |                              |                              |
|           | 名称           | 〇〇損害保険(株)                                      |                              | 担当者 〇川                       |
| 保険証券番号    | 12345-678910 | 保険期間   | 令和 3年 10月 23日～ 令和 6年 10月 23日 |                              |
| 保険金(対人のみ) | 無制限          |  |                              |                              |

## 6. 示談の状況

|      |                             |             |
|------|-----------------------------|-------------|
| 示談状況 | 示談が成立した・交渉中・ <u>成立していない</u> | 令和 年 月 日 現在 |
|------|-----------------------------|-------------|

## 7. 損害賠償の請求及び支払方法

|                          |  |          |         |
|--------------------------|--|----------|---------|
| 保険会社からの賠償金の受領は(自動車事故の場合) | <u>していない</u> ・した・請求中(請求者名 )            |          |         |
| 加害者に対する損害賠償の請求は          | <u>していない</u> ・した(口頭で・文書で)・請求中(口頭で・文書で) |          |         |
| ※以下、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 令和 年 月 日                             | 1日につき    |         |
|                          | 至 令和 年 月 日                             |          | 円       |
| その他                      |  |          |         |
| 合計額                      |  |          |         |
| 受領方法及び受領年月日              | 全額受領                                   | 令和 年 月 日 |         |
|                          | 分割受領                                   | ( )回払い   | 年 月 日から |

上記の通り提出いたします。  
東京紙商健康保険組合 殿