

# 負 傷 届

(第三者行為その他)

負 傷 者	被保険者証の 記号・番号	—	被保険者名	昭・平 年 月 日生			
	住 所	〒 —		職 種			
	勤務先名称			所 在 地			
	負傷者が被扶養者 であるとき	氏 名	昭・平・令 年 月 日生			続 柄	
け が ( 事 故 ) 発 生 の 原 因 及 び 状 況	発 生 年 月 日	令和 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分ごろ					
	発 生 場 所			発 生 時 の 用 務	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 仕事中</li> <li>・ 出勤・退社中</li> <li>・ 私用中</li> </ul>		
	*事故状況をできるだけ詳しく記入			事 故 現 場 の 見 取 図			
通 勤 災 害 の 状 況	通勤の行き帰りでのけが(事故)の場合は下の欄にも記入してください。						
	通勤の経路、方法 および所要時間	自宅— ( ) — ( ) — ( ) — ( ) —会社 (通勤手段 ) (通常の通勤所要時間 時間 分)					
	事 故 発 生 日	就 業 場 所	名 称			所 在 地	
		就 業 開 始 時 間	午前・午後 時 分	就 業 終 了 時 間	午前・午後 時 分		
		自 宅 を 出 た 時 刻	午前・午後 時 分ごろ				
		退 社 時 刻	午前・午後 時 分ごろ				
受 診 し た 病 院 名 等	医療機関名称 (TEL)	所 在 地		治 療 期 間		診 療 費 の 支 払 い 方 法	
	( )			入院 ~	健保・自賠・自費		
				通院 ~	その他 ( )		
	( )			入院 ~	健保・自賠・自費		
				通院 ~	その他 ( )		
( )			入院 ~	健保・自賠・自費			
			通院 ~	その他 ( )			
年 月 日現在 (治癒・継続・中止) 治療見込期間 (約 ケ月間・ 日間)							

※ 第三者行為による傷病の場合は次頁にも記入下さい。

相手方 (加害者)	加害者氏名		昭・平 年 月 日生	業務の種類	
	住所	TEL ( ) -			
	勤務先名称				
	所在地	TEL ( ) -			
	加害者の事故当時の用務	工作中 ・ その他 ・ ( )			
	加害者が不明のときはその理由				
警察への届出	届出済	警察署名	署	派出所	届出していない
	事故証明書	もらっている ・ もらっていない			
自動車事故の場合 (相手方車両)	自動車保有者	氏名		加害者との関係	本人・その他 ( )
		住所			
	保険契約者	氏名		保有者との関係	本人・その他 ( )
		住所			
	自賠責保険	自動車損害賠償責任保険	加入している	契約期間	自 年 月 日
			加入していない		自 年 月 日
		保険会社の名称	所在地 〒 -		
		TEL - -			
		自賠責保険証明書番号	第 号		
	任意保険	任意保険	加入している	契約期間	自 年 月 日
		加入していない		自 年 月 日	
保険会社の名称		所在地 〒 -			
		TEL - -	担当者氏名		
	自動車保険証番号	第 号			
示談の状況	令和 年 月 日 成立	未成立			
	※示談が成立しているときは、その写しを添付してください。				
この届の記載事項に相違ありません。					
令和 年 月 日					
氏 名					
第三者行為の場合は①事故証明②念書(被害者)③承諾書(被害者)④誓約書(加害者)を添付してください。					