

# 第三者行為による傷病届

受付日付印

- ・ 最後まで確認し、漏れなく記入してください。
- ・ 不備や追加書類があった場合は、原則事業主を経由しての連絡となります。
- ・ 業務中・通勤中の傷病は「労働災害」に該当する可能性がありますので勤め先に確認してください。
- ・ 人身傷害保険の加入先で代理作成される場合は、代理作成用様式で差し支えありません。

① 被害者・加害者について	被保険者等記号番号		—	提出日 令和 年 月 日		
	被保険者氏名	フリガナ氏名			生年月日 S・H 年 月 日	
	現住所	〒 —	TEL.			
	被保険者の勤務先	事業所名称				
		所在地	〒 —	TEL.		
	被扶養者が受けた事故であるとき	フリガナ氏名		続柄	生年月日 S・H・R 年 月 日	
	加害者 (未成年者の場合は親権者名も併記すること)	フリガナ氏名		生年月日 S・H・R 年 月 日		
		現住所	〒 —	TEL.		
加害者の勤務先 (加害者が業務中の場合)	事業所名称					
	所在地	〒 —	TEL.			
加害者の住所氏名が判らないとき	その理由					

② 第三者行為の内容	種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打・その他( )																			
	傷病名	発生年月日	令和 年 月 日																		
			午前・午後	時 分頃																	
	発生の場所																				
	事故結果	即死・入院直後または療養後の死亡(年月日)・療養中・治癒																			
	警官の立会	あった・ない・ないが届出済・わからない		事故の扱い	人身事故 物件事故(※)																
	所轄署	警察署 派出所																			
事故発生の責任 (分かる範囲で)	自分の過失度					相手の過失度															
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

(※)物件事故の場合は、「人身事故証明書入手不能理由書」を追加提出してください。

③ 治療状況	病院名	年 月 日から 年 月 日まで入院・通院									
	1.	窓口での医療費	自分で支払・自分以外の第三者( )								
	病院名	年 月 日から 年 月 日まで入院・通院									
	2.	窓口での医療費	自分で支払・自分以外の第三者( )								
現在の状況	入院中・外来通院中( 頃まで通院予定・不明)・治癒・中止										

④ 事	1. いつ
-----	-------

休日・業務時間外・業務中・通勤中・学校内・社内行事中・その他(具体的に )

◆ 業務中または通勤中の傷病の場合は労災として認められない理由を記入してください。

( )

2. どこで

自宅・会社・出張先・学校・知人宅・路上・交通機関内( )

店舗または施設内 (施設名称: )

その他 (具体的に )

3. なにをしていて 事故当時の加害者および被害者の行動をくわしく記入してください。

【事故現場の見取図】事故現場における加害者(相手)と被害者(当方)の状況を図示してください。

自動車事故の場合	天候	晴・曇・雨・雪・霧・( )	交通量	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方
	道路	舗装(してある・してない) 歩道(ある・ない)(両・片) 道路の見通し(良い・悪い)				
	状況	中央車線(ある・ない) 道路の状態(直線・カーブ・平坦・坂道・積雪路・凍結路)				
	信号	信号(ある・ない) 自車側信号(青・赤・黄) 相手側信号(青・赤・黄)				
	標識	駐停車禁止(ある・ない) 追越禁止(ある・ない) 一時停止(ある・ない) その他標識( )				
	速度	自車側 約 km/h(制限速度 km/h) 相手側 約 km/h(制限速度 km/h)				
法令違反	あった(自車側・相手側)→内容(酒気帯び・酒酔い・無免許・その他) ・なかった					

事故現場見取り図は、損保会社による別紙等で代替いただいても差し支えありません。

・自身で加入している任意保険に、「人身傷害保障保険」はあるか ある・ない

※「ある」場合 損害保険会社名

損害保険等の加入状況	加害者 (相手方)	担当部署及び担当者名 電話番号 今回使用して ( いる ・ いない(理由: ) )
	被害者 (相手方)	<input type="checkbox"/> 無保険 <input type="checkbox"/> 自賠責保険のみ加入 <input type="checkbox"/> 自賠責・任意保険に加入 <input type="checkbox"/> その他の賠償責任保険

**詳細は、別紙「第三者（加害者）側の損害賠償保険契約内容」に記入してください。**

⑥示談・損害賠償の支払い状況等について	示談状況	<input type="checkbox"/> 示談が既に成立している：示談書の写しを提出してください。 <input type="checkbox"/> 示談は成立していない(交渉中) <input type="checkbox"/> 示談を行う予定はない <input type="checkbox"/> 請求権を放棄した 令和 年 月 日に放棄(理由: )
	医療費・損害賠償の支払状況	<input type="checkbox"/> マイナ保険証等を使わず、全額自己負担している(10割負担) <input type="checkbox"/> マイナ保険証等を提示して自己負担金額のみを支払っている <input type="checkbox"/> マイナ保険証等を提示しているが、窓口での支払はしていない(支払の: ) <input type="checkbox"/> 自己負担額の補填を受けていたが、打ち切られた 令和 年 月 日に終了(理由: )

・自身で請求した損害賠償があるか	ある ( 円 文書・口頭) ・ ない
・すでに受け取った損害賠償があるか	ある(※) ・ ない

支払元・支払内容	加害者から直接賠償(支払)があった・保険会社による賠償・その他( )		
	受領日	名目	金額
	令和 年 月 日	「 」	円
	令和 年 月 日	「 」	円
	令和 年 月 日	「 」	円
	・上記に医療費(治療代)は含まれているか いる・いない		
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		合計受領額	円
・上記に休業補償は含まれているか いる・いない			
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		休業1日につき@ 円	合計受領額 円

(※)「受領した金額が分かる書類」を追加提出してください。

**本状に添付していただく書類**

- ①交通事故証明書の原本（取り寄せが必要。写しの場合は原本証明をつけること）
  - ②第三者（加害者）側の損害賠償保険契約内容      ③念書兼同意書
  - ④人身事故証明書入手不能理由書 ⑤診断書の写し ⑥示談書の写し ⑦受領した金額が分かる書類
- ④～⑦は必要に応じ添付