交通事故、自損事故、第三者（他人）等の行為による傷病（事故）届

届出者	被保険者証記号番号		被保険者氏名	㊞	職種	
	事業所名（勤め先）		所在地（勤め先）	〒 TEL（ ）		
被害者（受診者）	氏名	男 女 才	続柄		住所	〒 TEL（ ）
	事故内容	自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・殴打・刺傷・その他（ ）				
	警察への届出有無	有：人身事故・物損事故 ※注１（ 警察署） 無：（理由 ）				
加害者（第三者）	氏名	男 女 才	住所	〒 TEL（ ）		
	勤務先又は職業		所在地	〒 TEL（ ）		
加害者が不明の理由						
事故発生	平成 年 月 日（ 曜） 前 後 時 分		発生場所	市 町 郡 村		
過失の度合	（自分）被害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	（相手）加害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		

事故の相手の自動車保険加入状況

傷病が交通事故によるとき 自賠責保険	保険会社名		取扱店所在地	〒 TEL（ ）		
	保険契約者名（名義人）		住所（所在地）		関係 保有者との / 加害者との	
	自動車の種別	府県名	登録番号	車台番号		
	自賠責証明書番号		保険期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日		
	自動車の保有者名		住所（所在地）	加害者との関係		
任意保険	保険会社名	火災海上㈱ 農協	取扱店所在地	〒 担当者名 TEL（ ）		
	保険契約者名		住所（所在地）	〒		
	契約証書番号		保険期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日		
	保険契約期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		任意一括について ※注2 有 ・ 無		

※ 注1

物損事故で処理した場合	別途「人身事故証明入手不能届」の提出を求める場合があります。

※ 注2

任意一括とは、自賠責保険だけの対応ではなく、任意保険会社が対応している場合です。

受付日付印

治療状況（治療順）	①	名称		入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
		所在地		通院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
	②	名称		入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
		所在地		通院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
	③	名称		入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
		所在地		通院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
治癒見込み（治療終了日）		年 月頃（ 年 月 日 終了）			（注）治療費の支払区分を医療機関に確認して○で囲んでください。治療が終了しているときは、**最終受診日**をご記入ください。	

休業補償

休業（治療）中の休業補償の方法（記号に○をつける）

ア 加害者が負担　イ 職場から支給　ウ 自賠責へ請求

エ 社会保険へ傷病手当金の請求予定　オ その他（被害者加入の人身傷害保険へ請求など）

示談損害賠償の支払状況

示談又は和解（該当に○をつける）　※示談している場合は、示談書の写しを添付すること

し た ・ 交渉中 ・ しない（理由）

加害者や損害保険会社からの仮渡金・治療費・付添料などもらった場合や示談・話合いの状況を具体的に記入すること。

【受領日・金額】			【受領したものの名目】
月	日	円	（ ）
月	日	円	（ ）
月	日	円	（ ）

交通事故以外の被害行為（飼犬等の咬傷を含む）の場合は、事故発生状況を下欄に具体的に記入して下さい。　※交通事故の場合はこの欄に記入せず、事故状況発生報告書に記入ください。

（事故発生状況）