

第三者行為による傷病届

項 目		内 容	
届出者	記号・番号	(記号)	(番号)
	氏名	(氏名)	
被害者 (受診者)	氏名 / 性別 / 年齢	(氏名)	(性別) 男・女 (年齢) 歳
	続柄 / 生年月日	(届出者との関係)	(生年月日) 年 月 日
	住所 / 電話番号	(住所) 〒 -	(電) -
加害者 (相手)	氏名 / 性別 / 年齢	(カナ) (氏名)	(性別) 男・女 (年齢) 歳
	住所 / 電話番号	(住所) 〒 -	(電) -
事故発生状況	事故の内容 (あてはまるものに ☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) 動物による負傷(<input type="checkbox"/> 飼主が加害者 ・ <input type="checkbox"/> 飼主不明) <input type="checkbox"/> その他 ()	
	事故発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃	
	事故発生場所		
自賠責保険 加害者の	保険会社名	(加害者の自賠責保険会社名称)	
	契約者氏名 / 続柄	(氏名)	(加害者との関係)
	自賠責番号 / 登録番号	(自賠責証書番号)	(登録番号) ※ナンバープレート
	保険期間	(保険期間) 年 月 日 ~ 年 月 日	
加害者の任意保険	保険会社名	(加害者の任意保険会社名称)	
	所在地 / 電話番号	(取扱店の所在地) 〒 -	(電) -
	担当者 / 担当部署	(取扱店担当者名)	(取扱店担当部署)
	保険契約者氏名	(氏名)	
	保険契約者住所	(住所) 〒 -	
	証書番号 / 任意一括(注1)	(証書番号)	(任意一括の有無) 有・無
保険期間	(保険期間) 年 月 日 ~ 年 月 日		
被害者の任意保険	保険会社名	(被害者の任意保険会社名称)	
	所在地 / 電話番号	(取扱店の所在地) 〒 -	(電) -
	担当者 / 担当部署	(取扱店担当者名)	(取扱店担当部署)
治療状況等	診療機関①	(診療機関名)	(治療開始) 年 月 日 (治療終了(見込)) 年 月 日
	診療機関名/治療期間 所在地/電話	(所在地) 〒 -	(電) -
	診療機関②	(診療機関名)	(治療開始) 年 月 日 (治療終了(見込)) 年 月 日
	診療機関名/治療期間 所在地/電話	(所在地) 〒 -	(電) -
	示談又は和解(注2) (あてはまるものに☑つけてください)	(損害賠償について示談又は和解の有無) <input type="checkbox"/> 示談・和解済 <input type="checkbox"/> 交渉中 <input type="checkbox"/> 示談・和解はしない	

(注1) 「任意一括」とは、加害者の任意保険会社が自賠責保険も一括で対応することを指します。
(注2) 加害者と示談又は和解を行った場合は、示談内容または和解内容がわかるもの(示談書等)を添付してください。

事故発生状況報告書

この欄は、交通事故の場合に記入してください。	事故証明書 番　　号	第　　　号	当事者 甲 (加害者)	乙 (被害者)			運転・同乗 歩行・その他		
	自動車の 登録番号								
	天　　候	晴・曇・雨・ 雪・霧・()	交　通　状　況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夕方・ 夜間・明け方			
	道路状況	舗装（してある・していない）・歩道（ある・ない）・道路の見通し（良い・悪い） 中央車線（ある・ない）・道路の状況（直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路）							
	信号又は標識	信号（ある・ない）・自転車側信号（青・赤・黄）・相手方信号（青・赤・黄） 駐停車禁止（されている・されていない）・その他標識（ ）							
速　　度	甲車両	km/h（制限速度	km/h）						
	乙車両	km/h（制限速度	km/h）						
事 故 現 場 状 況 図	（右の記号を使って乙の立場で記入してください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入してください。）								
								自　車（乙）	
								相手車（甲）	
								進　行　方　向	
								信　号	
								一時停止	
								人	
								自　転　車 バ　イ　ク	

必ず記入してください。	事故発生 の状況 （経緯）	発生した日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日（定休日・休暇を含む） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
		発生した時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
		発生した場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
		事故発生状況の 具体的な説明	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em; width: 100%;"></div>	

上記内容に間違いありません。

年　　月　　日
届出者（被保険者）：
㊞

※未成年者の場合は親権者等

(注) 本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりにすることも可能です。その場合は、当該書面の余白に「上記内容に間違いありません。」と記入した上、届出者に署名または記名押印を受けてください。

※この書類は、交通事故証明が入手できない、または物件処理のため人身事故証明がない場合に提出が必要です。

人身事故証明書入手不能理由書

発生日時				
発生場所				
加害者 (甲)	住所			
	氏名		生年月日	
	車種		車両番号	
	自賠責保険契約先		自賠責証明書番号	
	事故時の状態	運 転 ・ 同 乗 ・ 歩 行 ・ そ の 他		
被害者 (乙)	住所			
	氏名		生年月日	
	車種		車両番号	
	自賠責保険契約先		自賠責証明書番号	
	事故時の状態	運 転 ・ 同 乗 ・ 歩 行 ・ そ の 他		
甲・乙 以外の 当事者	住所			
	氏名		車両番号	
	自賠責保険契約先		自賠責証明書番号	
人身事故証明書を入手できない理由		<div><input type="checkbox"/> 受傷が軽微で、検査通院であったため</div> <div><input type="checkbox"/> 受傷が軽微で、治療が短期間で終了したため</div> <div><input type="checkbox"/> 公道以外で発生した事故のため</div> <div><input type="checkbox"/> その他 ()</div>		

上記理由により人身事故証明書は取得できませんが事故の事実には相違ありません。				
年 月 日				
(甲)	住所		印	電話() -
	氏名			

上記事故を目撃しました。				
年 月 日				
目撃者	住所		印	電話() -
	氏名			