| 常務理事 | 事務長 | 課　　長 | 事務主任 | 担当者 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

# 第三者行為による負傷届

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者等<br>記号・番号 | － | | 被保険者氏名 | 印 | | | |
| 被保険者の<br>住所 | 〒　　－<br>電話番号　　－　　－ | | | | | 年<br>齢 | 歳 |
| 所属事業所名 | | | | | | | |
| 負傷者が被扶養者で<br>あるときはその者の | 氏<br>名 | | 生年<br>月日 | 年　　月　　日 | | 続<br>柄 | |
| 負傷の日時 | 年　　月　　日（　　曜日）午前・午後　　時　　分頃 | | | | | | |
| 負傷したときの行き先、目的等詳しく記入してください | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 事故の状況　誰とどこでどんな状態で（歩いて、自転車で、単車、車に乗って）どのようにして負傷したか | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 傷　病　名 | | | | | | | |
| 診療を受けた<br>医師 | 住所（所在地）<br>氏名（名　称） | | | | | | |
| 診療費の負担 | 健康保険　・　自　費　・その他　（負担者氏名） | | | | | | |
| （備考） | | | | | | | |

＊交通事故の場合は、この届けにあわせて
・交通事故証明書（人身事故扱い）・事故発生状況報告書（添付の用紙）を提出ください。

<table>
<tr><td rowspan="3">第三者<br>（加害者）</td><td>氏名</td><td colspan="2">年齢　　歳</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="2">〒　　－<br>電話番号　　－　　－</td></tr>
<tr><td>勤務先</td><td colspan="2">名　称<br>所在地　〒　　－<br>業　種</td></tr>
<tr><td colspan="2">加害者の自動車登録番号または車両番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">自動車損害賠償責任保険契約者<br>（自動車保有）</td><td>住所</td><td colspan="2">〒　　－<br>電話番号　　－　　－</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td>加害者との関係</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">自動車損害賠償責任保険会社</td><td>住所</td><td colspan="2">〒　　－</td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="2">担当者氏名　　電話番号　　－　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="2">任意保険会社</td><td>住所</td><td colspan="2">〒　　－</td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="2">担当者氏名　　電話番号　　－　　－</td></tr>
<tr><td colspan="2">人身事故としての警察署への届け出</td><td colspan="2">あり　（　　）警察署（　　）派出署　・　無し</td></tr>
<tr><td colspan="2">損害賠償の請求</td><td colspan="2">あり　　円　・　無し</td></tr>
<tr><td>示談状況</td><td colspan="3">年　　月　　日示談成立（示談書の写しを添付してください。）</td></tr>
</table>