

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

見本	保険者証番号	3010203 123	被保険者氏名	大沢 太郎 (印)	職種	事務	
	事業者名(勤め先)	(株)協会商事		所在地(勤め先)	〒102-0000 東京都千代田区△△1-1 TEL(03-0000-0000)		
被害者(受診者)	氏名	大沢 花子	男 女	32 才	続柄	妻	
	住所	〒105-0000 東京都港区○○1-1 △△マンション101 TEL(03-0000-0000)					
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( 廻町 警察署) 無:(理由)					
加害者(第三者)	氏名	協会 一郎	男 女	26 才	住所	〒156-0000 東京都世田谷区○-○-1 TEL(03-XXXX-XXXX)	
	勤務先又は職業	○○工業(株)		所在地	〒146-0000 東京都大田区○○-1-1 TEL(03-0000-0000)		
加害者が不明の理由							
事故発生	令和元年 5 月 1 日	前 後	11 時 15 分	発生場所	市 千代田区	町 村 ○○-1-1	
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	
事故証明書を参考にわかる範囲で記入してください 自動車 決まっている場合は記入してください							
傷病が交通事象による	自賠責	保険会社名	○○保険 株式会社		取扱店所在地	〒160-0000 東京都新宿区○-1-1 TEL(03-0000-0000)	
	任意	保険契約者名(名義人)	△△△リース	住所(所在地)	関係	保有者との 貸与	
		自動車の種類	普通乗用	府県名	登録番号	品川500あ○○○○	車台番号
	任意	自賠責証明書番号	ABCD12345-XYZ		保険期間	自 令和元年 5 月 1 日 至 令和 2 年 4 月 30 日	
		自動車の保有者名	協会 一郎		住所(所在地)	東京都世田谷区○-○-1	加害者との関係 本人
任意	任意	保険会社名	□□□□ 火災海上(株) 農協	取扱店所在地	〒160-0000 東京都新宿区△-2-2 担当者名 損保 二郎 TEL(03-0000-0000)		
	任意	保険契約者名	協会 一郎		住所(所在地)	〒156-0000 東京都世田谷区○-○-1	
		契約証書番号	XXX-123456789-9		保険期間	自 令和元年 5 月 1 日 至 令和 2 年 4 月 30 日	
	任意	保険契約期間	令和元年 5 月 1 日 ~ 令和 2 年 4 月 30 日		任意一括について ※注2 有・無		

※注1

物損事故で別途「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	千代田〇〇病院	入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険								
		所在地	東京都千代田区△△2-2	通院	元年 5月 1日から 元年 5月 1日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険								
	②	名称	品川〇〇病院	入院	元年 5月 3日から 元年 8月16日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険								
		所在地	東京都品川区△△1-1	通院	元年 8月17日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険								
	③	不明な場合は記入不要です		入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険								
				通院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険								
治療見込み (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) <input checked="" type="radio"/> 加害者が負担(保険会社) <input type="radio"/> 職場から支給 <input type="radio"/> 自賠償へ請求 <input type="radio"/> 社会保険へ傷病手当金 <input type="radio"/> その他 (被害者加入の人身傷害保険へ請求など) の請求予定													
示損害賠償の状況	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・ <input checked="" type="radio"/> 交渉中 <input type="radio"/> しない(理由) <hr/> 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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">受取済みのものがあればご記入ください</div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">【受領日・金額】</th> <th style="text-align: left;">【受領したものの名目】</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>月 日 円</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>月 日 円</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>月 日 円</td> <td>( )</td> </tr> </tbody> </table>						【受領日・金額】	【受領したものの名目】	月 日 円	( )	月 日 円	( )	月 日 円	( )
【受領日・金額】	【受領したものの名目】													
月 日 円	( )													
月 日 円	( )													
月 日 円	( )													
<p>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、事故発生状況報告書に記入して下さい。</p> <hr/> <p>(事故発生状況)</p> <div style="border: 2px solid blue; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>交通事故の場合は別紙に記入しますので、交通事故以外の時に記入が必要です</p> </div>														