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	被保険者証の記号番号	100 - 9999	被保険者の氏名	健保 太郎		職種	事務	
	事業所名(勤め先)	〇〇株式会社		所在地(勤め先)	〒 000-0000 〇〇市〇〇町〇〇番地 TEL (XXX-XXX-XXXX)			
被害者 (受診者)	氏名	健保 花子 男 女		続柄	妻		住所	〒 000-0000 〇〇市〇〇町〇〇番地 TEL (XXX-XXX-XXXX)
	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 (相手・第三者)	氏名	〇〇 一郎 男 女		住所	〒 000-0000 〇〇市〇〇町〇〇番地 TEL (XXX-XXX-XXXX)			
	勤務先又は職業	〇〇株式会社		所在地	〒 000-0000 〇〇市〇〇町〇〇番地 TEL (XXX-XXX-XXXX)			
加害者が不明の理由								
事故発生	令和 元年 5月 5日 (日曜)	前 後 9時 00分		発生場所	〇〇市〇〇町2-2			
過失の度合	(自分) 被害者	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			(相手) 加害者	0・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	自賠責	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			
	任意	自賠責証明書番号			保険期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		
		自動車の保有者名	住所(所在地)		加害者との関係			
		保険会社名	保険株式会社 農業協同組合		取扱店所在地	〒 担当者名 TEL ()		
任意	保険契約者名	住所(所在地)		〒				
	契約証書番号			保険期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日			
	保険契約期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 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」の処理した場合 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。

治療状況 (治療順)	①	名称	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	〇〇市〇〇町〇〇番地	通院	元年 5月 5日から元年 5月 8日まで	自費・ 加害者負担 ・自賠償・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・自賠償・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・自賠償・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・自賠償・社会保険
			所在地		通院	年 月 日から 年 月 日まで

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)
 ア 加害者負担 イ 職場から支給 ウ 自賠償へ請求
 エ 社会保険への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)

相手方からの休業補償と社会保険からの傷病手当金を両方とも全額受けることはできませんので、傷病手当金を受けた後、相手方から休業補償を支払われた場合はお返しいただくこともあります。

示談賠償の状況
 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 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。

<p>【受領日・金額】</p> <p>月 日 円</p> <p>月 日 円</p> <p>月 日 円</p>	<p>【受領したものの名目】</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</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、事故状況発生報告書に記入ください。

(事故発生状況)