交通事故、第三者（他人）等の行為による傷病（事故）届

届出者	被保険者等 記号・番号		被保険者 氏名		職種	
	所属施設名					
（被害者）（受診者）	氏名		被保険者 との続柄		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　・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		住　所	〒 TEL（　　）		
	勤務先 又は職業		所在地	〒 TEL（　　）		
加害者が不明のとき （理　由）						
事故発生	令和　　年　　月　　日（　曜）午前／午後　　時　　分		発生場所			
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

負傷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	1．保有者との 2．加害者との	
		車　種		府県名		登録番号		車台番号
		自賠責証明書番号		保険期間	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日			
		自動車の所有者名		住所 （所在地）		加害者 との関係		
	任意保険	保険会社名		取扱店 所在地	〒 （担当者名）　　TEL（　　）			
		保険契約者名		住所 （所在地）	〒 TEL（　　）			
		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			

※1　物損事故で処理したときは、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.
※2　任意一括とは、自賠責保険と任意保険会社を共に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 ～　年　月　日	自費・加害者負担・自賠責・健保
	① 所在地		通院	年　月　日 ～　年　月　日	自費・加害者負担・自賠責・健保
	② 名称		入院	年　月　日 ～　年　月　日	自費・加害者負担・自賠責・健保
	② 所在地		通院	年　月　日 ～　年　月　日	自費・加害者負担・自賠責・健保
	③ 名称		入院	年　月　日 ～　年　月　日	自費・加害者負担・自賠責・健保
	③ 所在地		通院	年　月　日 ～　年　月　日	自費・加害者負担・自賠責・健保
治癒見込み （治療終了日）	令和　　年　　月頃 （　令和　　年　　月　　日　終了）		（注）治療費の支払区分を医療機関に確認して区分に〇で囲んでください. 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　（記号を〇で囲んでください）

ア. 加害者が負担　　イ. 職場から支給　　ウ. 自賠責へ請求

エ. 健保組合に傷病手当金を請求　　オ. その他　（被害者加入の人身傷害保険へ請求等）　に請求（予定）

示談の状況

示談または和解　（該当を〇で囲んでください）　※示談している場合は、示談書の写しを添付してください

・した　　・交渉中　　・しない（理由　　）

損害賠償の支払い状況

加害者や損害保険会社からの仮渡金・治療費・付添料等をもらった場合や示談・話合いの状況を具体的にご記入ください.

【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（飼い犬等の咬傷を含む）の場合は、事故発生状況を下欄に具体的にご記入ください.
※　交通事故の場合はこの欄に記載せず、事故状況発生報告書にご記入ください.

（事故発生状況）

生長会健康保険組合