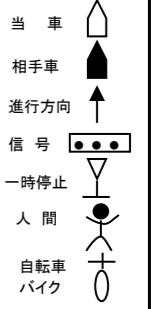


第三者の行為による傷病届

常務理事	事務長	係

被害者	フリカナ氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日生	被保険者番号	
加害者	フリカナ氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日生	被保険者との続柄	
	住所	〒 TEL			
	勤務先名称 勤務先所在地	〒 TEL			
加害者と自動車所有者との関係	本人・従業員・親族・その他()			車両登録番号	
本人以外の場合自動車保有者の氏名・住所	(氏名) (住所) 〒			TEL	
自賠責保険	加入の有無・期間	ある・ない			
	証券書番号 契約者名義	第	号 (契約者名義)		
任意保険	加入の有無・期間	ある・ない	(保険金額) 対人:	自損:	搭乗者:
	証券書番号 契約者名義	第	号 (契約者名義)		
任意保険	加入の有無・期間	(保険会社名) (窓口となる支店・センター)			
	証券書番号 契約者名義	第	号 (契約者名義)		
任意保険	加入の有無・期間	(保険会社名) (窓口となる支店・センター)			
	証券書番号 契約者名義	第	号 (契約者名義)		
発生年月日	平成 年 月 日 () 午前 時 分頃				
発生場所					
傷病名					
種別	交通事故 (当方)自動車・バイク・自転車・歩行 (相手)自動車・バイク・自転車・歩行		殴打刺傷	その他()	
事故結果	死亡(平成 年 月 日) 入院通院 ・ 治療				
警察官の立会	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ その他()				
所管署	警察署		派出所		
過失の度合	自分がなんぶ		相手がなんぶ		
度合	0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10		0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10		

事故発生状況		事故現場見取図	
*信号の状況等、できるだけ詳しく書いて下さい。		*道路幅をmで記入して下さい。	
示談状況	示談成立	示談は成立していない	請求権を放棄した
	(平・令 年 月 日) 示談内容は別紙のとおり	(令和 年 月 日現在) 理由	(平・令 年 月 日現在) 理由
損害賠償の請求・受領状況	保険会社に請求した・していない・請求中(受領額) 円(内容)	加害者に請求した・していない・請求中(受領額) 円(内容)	
	医療機関における一部負担金の負担	加害者側が負担 ・ 被害者側が負担 ・ その他()	
治療状況	医療機関名称	〒 TEL	
	治療開始	平成 年 月 日入院通院	健保を適用して治療を開始した日 (平・令 年 月 日現在) 平成・令和 年 月 日 入院中・通院加療中・治ゆ・中止
治療状況	治療期間	入院自平・令 年 月 日 ~ 至 平・令 年 月 日 通院自平・令 年 月 日 ~ 至 平・令 年 月 日	
	後遺症	ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み	
治療見込み	平成・令和 年 月 日から約 月 日 ぐらい		
本届に添えて提出する書類	1. (被保険者の念書) 2. (加害者の)誓約書 3. (医師の)診断書……後日提出可		4. 交通事故証明書……後日提出可 5. 示談書の写……示談をしている場合 6. その他()
	上記のとおりお届けします。 [被保険者]		
関西電力健康保険組合 御中 令和 年 月 日 所属			
所属經由	長	長	係
	住所		
TEL			氏名 印



※ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。(令和元年5月)