交通事故、自損事故、第三者（他人）等の行為による負傷（事故）届

届出者	被保険者証記号番号		被保険者氏名	㊞	職種	
	事業所名（勤め先）		所在地（勤め先）	〒 TEL（　　）		
被害者（受診者）	氏名	男 女 歳	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・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（第三者）	氏名	男 女 歳	住所	〒 TEL（　　）		
	勤務先又は職業		所在地	〒 TEL（　　）		
加害者が不明の理由						
事故発生	平成 令和　年　月　日（　曜）前 後　時　分		発生場所	市 郡　町 村		
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	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
	自賠責証明書番号		保険期間	自　平成・令和　年　月　日 至　平成・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		
傷病が交通事故によるとき　任意保険	保険会社名	火災海上㈱ 農協	取扱店所在地	〒 担当者名　TEL（　　）			
	保険契約者名		住所（所在地）	〒			
	契約証書番号		保険期間	自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日			
	任意一括について　※注2 有　・　無						

※　注1

物損事故で処理した場合	「人身事故証明書入手不能理由書」が必要になります。

※　注2

任意一括とは、相手の対人賠償保険が支払う（賠償に応じる）場合です。

受付日付印

添付書類　　交通事故証明書（交通事故の場合）

治療状況（治療順） ①	名称		入院	年　月　日から　年　月　日まで	自費・加害者負担・自賠責・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・自賠責・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・自賠責・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・自賠責・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・自賠責・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・自賠責・社会保険
治癒見込み（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　加害者が負担　　イ　職場から支給　　ウ　自賠責へ請求

エ　社会保険へ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）

損害賠償の支払状況

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。

【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）