

常務理事	事務長	係長	係

負傷届(交通事故・自損事故・第三者行為等)

被保険者	被保険者証 記号・番号		氏名		職種	
	住所	TEL		事業所名		
負傷者	氏名	男 女	才 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	無・有()		警察署	事故証明書	もらっている・もらっていない
加害者 (相手)	氏名	男 女	才 住所	TEL		
	勤務先 または 職業		所在地	TEL		
加害者が不明の場合は その理由						
事故発生	令和 年 月 日 (曜)	午前 午後	時 分	発生 場所		
負傷したときの行先・目的など 詳しく記入してください						
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	住所 (所在地)	関係	保有者との	加害者との
	車種	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		
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)			
	契約証書番号	保険期間	自 : 年 月 日	至 : 年 月 日		
	任意一括について 有・無 ※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					

医療機関での治療状況				診療費の支払方法	
①	名称	入院	年 月 日から 年 月 日まで	健康保険・加害者負担・自賠責・その他(支払人_____)	
	所在地	通院	年 月 日から 年 月 日まで	健康保険・加害者負担・自賠責・その他(支払人_____)	
②	名称	入院	年 月 日から 年 月 日まで	健康保険・加害者負担・自賠責・その他(支払人_____)	
	所在地	通院	年 月 日から 年 月 日まで	健康保険・加害者負担・自賠責・その他(支払人_____)	
③	名称	入院	年 月 日から 年 月 日まで	健康保険・加害者負担・自賠責・その他(支払人_____)	
	所在地	通院	年 月 日から 年 月 日まで	健康保険・加害者負担・自賠責・その他(支払人_____)	
傷病名					
治癒見込み(治療終了日)		令和 年 月 頃 (令和 年 月 日 終了)			
示 損 害 談 賠 償 の 支 状 払 状 況	示談または和解(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】	【現在の状況】		
月 日	円 ()				
月 日	円 ()				
月 日	円 ()				
<p>交通事故以外の被害行為の場合は、事故の状況を下欄に具体的に記入してください。 *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ください。</p> <p>(事故の状況)</p>					