常務理事	部長	係長	係

負傷届(交通事故・自損事故・第三者行為等)

被保険者	被保険者等記号・番号		氏名	生年月日	年 月 日		
	—						
住所	〒 —			事業所名	TEL — —		
	—						
負傷者	氏名	□ 同上	生年月日	年 月 日		続柄	
	住所		〒 —	TEL — —			
加害者(相手)	氏名	住所	〒 —	TEL — —			
	加害者が不明の場合はその理由						
事故内容	発生日時	令和 年 月 日		午前	時 分頃		
	発生場所						
	事故種別	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		
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 — —		
	任意保険	保険契約者名	住所(所在地)	〒 —	関係	保有者との	
		車種	登録番号	車台番号		加害者との	
		自賠責証明書番号	保険期間	自： 年 月 日	至： 年 月 日		
任意保険	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)		
示損害賠償の支払状況	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・話し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 ()				
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。					
(事故の状況)					