

第三者行為による傷病届添付資料

加害者の自動車保険加入状況	自賠責保険	責任(自賠責)保険加入の有無		ある・ない	保険契約期間	年 月 日～ 年 月 日						
		保険加入証明書 記号・番号		第 号	住所	〒						
					氏名							
		契約保険会社		名称								
				所在地	〒							
				担当者	TEL							
	自動車	種別 府県別		登録番号 または 車両番号		車号番号						
	任意保険	任意(上積み)保険加入の有無		ある・ない	契約保険額	円						
		契約保険会社		名称								
				所在地	〒							
担当者				TEL								
示談状況	示談和解	成立	年 月 日	示談和解金額								
		交渉中	年 月 日									
		未定	現在	請求権を放棄した理由								
損害賠償の 求償状況	加害者に対する損害賠償の請求		していない ・ した(口頭・文書)									
	損害賠償は		加害者直接賠償・保険会社からの賠償 請求中 した(請求者名) しない									
	加害者から損害賠償を受けた総額・内訳 総額 円		治療費	休業補償費	慰籍料	見舞金	その他					
治癒状況	治療を受けた医療機関		名称									
			所在地	〒 TEL								
	支払方法		健康保険・加害者負担・自費・その他( )									
	治療開始		年 月 日	入院 ・ 外来								
	転帰		年 月 日	現在入院中・通院治療中・治癒・中止								
	治療期間		入院	年 月 日	～ 年 月 日							
			通院	年 月 日	～ 年 月 日							
	後遺症		ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込									
治癒見込		平成 年 月 日 から約 ヶ月位										

\*「自賠共済」の場合は、本資料の「自賠責」の文字を「自賠共済」と読替えるものとする。  
\*本書はなるべく詳細に記入して組合に提出するものです。