

第三者の行為による傷病届

以下のとおり届出ます。なお本件は、業務上または通勤途上の傷病(事故)ではありません。 届出日 年 月 日

届出者	被保険者証記号番号	記号	番号
	事業所名称 *該当に○	10 法政大学 12 法政大学出版局 14 法政大学教職員組合 16 おれんじ・ふおれすと(株) 19 任意継続被保険者	
	被保険者氏名	㊟	
	Eメールアドレス(あれば)		
被害者	氏名・性別	(男・女)	届出者との続柄
	生年月日	年 月 日生	年齢 歳
	住所・電話番号	〒 () -	
	事故内容 *該当に○	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 ()	
	警察署への届出有無	有：人身事故・物件事故 () 警察署 無：理由 ()	
加害者 (第三者)	氏名・性別・年齢	(男・女) (年齢 歳)	
	加害者が未成年等の場合、代理人の氏名	加害者との続柄 ()	
	住所・電話番号	〒 () -	
	加害者不明の場合、その理由		
発 生 故	事故(被害)発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分	
	事故(被害)発生場所		
過失の度合	(自分)被害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	(相手)加害者 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
加害者 (事故相手) *自動車事故の場合 の自賠償保険	保険会社名		
	取扱店所在地 電話番号	〒 () -	
	保険契約者名	加害者との関係	
	保険契約者が加害者以外 の場合、その連絡先	〒 () -	
	自動車の種別	都道府県名	
	登録番号	車台番号	
	自賠償証明番号	保険期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	自動車の保有者名	加害者との関係	
	自動車の保有者が加害者・保険 契約者以外の場合、その連絡先	〒 () -	
	加害者 (事故相手) の任意保険	保険会社名	
取扱店所在地 電話番号		() - 内線	
担当者名		担当者Eメールか携帯	
保険契約者名		加害者との関係	
保険契約者が加害者以外 の場合、その連絡先		〒 () -	
契約証書番号		保険期間	年 月 日 ~ 年 月 日
保険契約期間		年 月 日 ~ 年 月 日	任意対人一括の有無 有・無

被害者（自分）の加入の保険会社の関与の有無		有 ・ 無 ※有の場合は以下に記入			
※	当該保険会社名				
	電話番号	Tel () -	担当者名		
治療状況①	診療機関名				
	診療機関所在地				
	治療開始日	年 月 日	入院の有無	有 ・ 無	
	治療費の支払区分	自費・加害者負担・自賠責・健康保険 ※医療機関に確認して○をしてください。			
治療状況②	診療機関名				
	診療機関所在地				
	治療開始日	年 月 日	入院の有無	有 ・ 無	
	治療費の支払区分	自費・加害者負担・自賠責・健康保険 ※医療機関に確認して○をしてください。			
治療状況③	診療機関名				
	診療機関所在地				
	治療開始日	年 月 日	入院の有無	有 ・ 無	
	治療費の支払区分	自費・加害者負担・自賠責・健康保険 ※医療機関に確認して○をしてください。			
治癒見込み／治療終了日		年 月頃治癒見込み		年 月 日治療終了	
休業（治療）中の休業補償の方法または請求予定		ア 加害者が負担 イ 職場から支給 ウ 自賠責へ請求 エ 健康保険組合へ傷病手当金請求 オ その他（被害者加入の人身傷害保険など）			
損害賠償の支払状況 示談の状況	示談又は和解を した ・ 交渉中 ・ しない（理由 ） ※示談している場合は、示談書の写しを添付のこと				
	加害者や損害保険会社からの仮渡金・治療費・付添料などを受け取った場合や、示談・話し合いの状況を如何に具体的に記入してください。				
	受領日	年 月 日	金額	円	名目
	受領日	年 月 日	金額	円	名目
	受領日	年 月 日	金額	円	名目
交通事故以外の被害行為による事故発生状況	交通事故以外の被害行為（飼犬等の咬傷を含む）の場合は、事故発生状況をこの欄に具体的に記入してください。 ※交通事故の場合は、この欄には記入せず、別紙「交通事故発生状況報告書」に記入してください。				
本届出者が被保険者に委任された代理人である場合	代理人氏名	Ⓔ（被保険者との続柄 ）			
	代理人連絡先	〒	Tel () -		
	代理人による届である理由				