








第三者行為による傷病届				
項 目		内 容		
届出者・届出先	被保険者証記号番号／保険者名	被保険者証記号番号	保険者名	
	保険者の住所(届出先)	〒		
	被保険者氏名 ※国民健康保険の場合は世帯主氏名	ふりがな 氏名	印	
被害者 (受診者)	氏名／性別／年齢	ふりがな 氏名	男性／女性	歳
	続柄／生年月日	届出者との関係	年 月 日	
	住所／電話	〒	TEL	()
	備 考			
加害者 (第三者)	氏名／性別／年齢	ふりがな 氏名	男性／女性	歳
	住所／電話	〒	TEL	()
事故発生	事故発生日時	年 月 日 午前／午後 時 分頃		
	事故発生場所			
自賠責保険(加害者)	保険会社名			
	保険契約者名	ふりがな 氏名		
	登録番号			
	車台番号			
	保険期間／自賠責番号	保険期間 年 月 日～ 年 月 日	自賠責番号	
任意保険(加害者)	保険会社名			
	取扱店所在地／電話	〒	TEL	()
	担当者名／E-mail	ふりがな 氏名	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏名		
	住 所	〒		
	保険期間／契約番号	保険期間 年 月 日～ 年 月 日	契約番号	
	任意対人一括の有無	有 / 無		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有／無	保険会社名・担当者名	TEL ()
治療状況	診療機関名／治療開始日／電話	診療機関名	治療開始日 年 月 日	
		〒	TEL ()	
	所在地	〒	入院の有無	有／無
	診療機関名／治療開始日／電話	診療機関名	治療開始日 年 月 日	
〒		TEL ()		
所在地	〒	入院の有無	有／無	
<p>本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。</p> <p>(注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入してください。</p> <p>(自賠責共済、任意共済の場合には、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容を記載して下さい。)</p>				

事故発生状況報告書

事故証明書番	第 号	当事者	甲 (加害者)	氏名		
自動車の番号			乙 (被害者)	氏名	運転・同乗 歩行・その他	
天 候	晴・曇・雨・雪・霧・()	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方	
道 路 状 況	舗装 (してある・してない)・歩道 (ある・ない)・道路の見通し (良い・悪い) 中央斜線 (ある・ない)・道路の状態 (直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路)					
信号又は標識	信号 (ある・ない)・自転車側信号 (青・赤・黄)・相手側信号 (青・赤・黄) 駐停車禁止 (されている・されていない)・その他標識 ()					
速 度	甲車両	Km/h (制限速度	Km/h)	乙車両	Km/h (制限速度	Km/h)
事故現場状況図	(右の記号を使って乙の立場で記入して下さい。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入して下さい。)					
	自転車(乙)					
相手者(甲)						
進行方向						
信号						
一時停止						
人						
自転車 バイク						
事故発生の状況(経緯)						
被害者の負傷状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他()				
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他() <small>(パート・アルバイト含む)</small>				
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()				
	労災特別加入 ※	(被害者が代表取締役等役員の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無				
上記内容に間違いありません。						
令和 年 月 日			届出者(被保険者):			印

(注) 本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰って下さい。

※社長、役員等の経営者が加入する労災保険

交通事故証明書入手不能理由書

発生日時				
発生場所				
加害者 (甲)	住所			
	氏名		生年月日	
	車種		車両番号	
	自賠償保険契約先		自賠償証明書 番号	
	事故時の 状態			
被害者 (乙)	住所			
	氏名		生年月日	
	車種		車両番号	
	自賠償保険契約先		自賠償証明書 番号	
	事故時の 状態			
甲・乙 以外の 当事者	住所			
	氏名		車両番号	
	自賠償保険契約先		自賠償証明書 番号	
交通事故証明書を 入手できない理由				

上記理由により交通事故証明書は取得できませんが事故の事実に相違ありません。

令和 年 月 日

(甲) 住所 _____ 印 電話 () - _____

氏名 _____

上記事故を目撃しました。

令和 年 月 日

目撃者 住所 _____ 印 電話 () - _____

氏名 _____