

別記第9号様式(第20条)

保険者 茂原市長		第三者の行為による傷病届						
被保険者証の記号番号	茂	被保険者(被害者)氏名	年 月 日生			世帯主との続柄()		
			個人番号					
事故発生の年月日	平成 年 月 日 午前・後 時 分頃							
事故発生の場所								
事故発生の器具と体的原因とその他の状況								
第三者に関する事項	加害者	住所	電話		職業			
	本人	氏名	生年月日		年 月 日			
	雇用主	所在地	事業所の名称					
		代表者名氏	電話					
	示談の有無	有・無	示談成立のときはその年月日	平成 年 月 日	同左 立会人			
	示談の内容			賠償関係の内訳	治療費	円	休業補償費	円
					入院料	円	見舞金	円
					看護料	円	障害補償費	円
					移送料	円	葬祭料	円
					慰謝料	円	その他	円
自賠責保険	加入者(保有者)住所					氏名		
	車両の種別			登録番号又は車体番号				
	自賠責保険証明番号			保期 期間	保険会社名			
診に療に關從事した医師	傷病名				傷害の程度	死亡・重傷・軽傷		
	診療見込期間	平成 年 月 日から 日間 月			後遺症	残る・残らない		
	治療費見込額	円	治療費の支払方法	自費・相手方負担・国保・その他()				
	病(医)院所在地名称等	所在地						
名称					治療を担当した医師の氏名			
電話								

第三者の行為により傷害を受けたので上記のとおりお届けします。

平成 年 月 日

世帯主 住所 氏名 印
個人番号
電話

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 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	ふりがな 氏 名	印	
(受診者) 被害者	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			
(第三者) 加害者	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	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	

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。

(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下さい。

(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。)

事故発生状況報告書

事故証明書番号	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) 中央車線(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)・自車側信号(青・赤・黄)・相手方信号(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。)					
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 150px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="font-size: 0.8em;"> <p>自 車(乙) </p> <p>相手車(甲) </p> <p>進行方向 </p> <p>車 号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人 </p> <p>自 車(甲) </p> </div> </div>					
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"/> 通勤路上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他()				
	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。						
平成 年 月 日			届出者(被保険者):		印	

(主)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添えて下さい。
※社外、役員等の被害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は相違ありません。			
		平成 年 月 日	
(甲)	住所 氏名	印	電話() -

上記事故を目撃しました。			
		平成 年 月 日	
目撃者	住所 氏名	印	電話() -