

	係 員		部 課 長		事 務 局 長		常 理 務 事
--	--------	--	-------------	--	------------------	--	------------------

負 傷 届										(第三者行為その他)	
負 傷 者	被保険者証の 記 号 番 号				被保険者 氏 名		明・大・昭・平 年 月 日生		職 種		
	被 保 険 者 の 住 所										
	勤務先の名称		TEL ()				所在地				
	負傷者が被扶養 者であるとき		氏 名		明・大・昭・平 年 月 日生				続 柄		
事 故 の 内 容	負傷したときにしていた仕事の内容目 的、行先など詳しく記入して下さい。										
	負傷年月日		平成 年 月 日 午 前 後 時 分頃				負傷発生 の 場 所				
	診 療 を 受 け た と き	傷 病 名				年 月 日 診療開始		即死		年月日	
		治 療 期 間		(入院) 自 至		年 月 日 (通院) 自 至		年 月 日		年 月 日 現在	
		申請用紙は事業所担当者までご請求ください。									
		医療機関 名称		TEL ()				所在地			
	医療費の支払方法		健康保険・自費・その他 (支払人)								
	警 察 へ の 出	届出済 ・ 届出なし ・ わからない ・ 所轄署				警察署 派出所					
		事 故 証 明 書		もらっている・もらっていない				その他			
	事 故 現 場 状 況 (詳細に記入すること)	事故現場の見取図									
加 害 者	加 害 者 氏 名		明・大・昭・平 年 月 日生				住 所		職 種		
	勤 務 先 の 名 称 および所在地		TEL ()				使 用 者 (自動車保有者等)				
							加 害 者 と の 関 係				
	加 害 者 が 不 明 の と き は そ の 理 由										

(注意) 第三者行為による負傷以外の場合は 内のみ記入して下さい。又事故発生の状況、事故現場の見取図について該当欄に書ききれないときは、別紙に記入のうえ当届に添付して下さい。

自動車 で事故が 生じたとき	自動車損害賠償責任保険		加入している 加入していない		契約期間 自 至		年	月	日		
	任意保険		加入している 加入していない		契約期間 自 至		年	月	日		
	保険会社の名称		TEL ()			所在地					
	保険加入証書記号番号		自賠保 第 号	任意保 第 号	保 險 号		保 險 号				
	加入者氏名		種 別		車台番号 第 号		登録番号 第 号				
	保 險 金 (賠償金) 請求の	したい しない	請求者氏名住所			加害者との関係					
	保険金 (賠償金) 受領額		円			年 月 日受領					
	仮渡金 (賠償金) 受領額		円			年 月 日受領					
損害賠償 受領の 状況	賠償金請求		未		金受領		済 ・ 未				
	賠償金の 内訳	種 別	金 額 (円)		受 付 方 法	年 月 日受領		円			
		医 療 費				年 月 日受領		円			
		慰 謝 料				年 月 日受領		円			
		計				年 月 日受領		円			
		年 月 日成立	年 月 日現在	未払の場合		調停・和解・督促手続・差押・その他					
		第 1 回		年 月 日受領		円					
		第 2 回		年 月 日受領		円					
示談 成立の 状況	示談	年 月 日成立	年 月 日現在	交渉中 成立していない		請求権を放棄した 年 月 日					
	(示談が成立しているときはその写を添付して下さい)										
備考											

見本

申請用紙は事業所担当者までご請求ください。