

第三者行為・負傷届（交通事故）

被保険者	記号 - 番号	-		氏名		
	連絡先（電話番号）	- -		住所	〒 -	
負傷者 <small>（被害者）</small>	被保険者（本人）の場合	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日
	被扶養者（家族） の場合	氏名			続柄	
		職業など			生年月日	昭・平・令 年 月 日
事故相手 <small>（加害者）</small>	事故相手	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日
		住所	〒 -		(電話)	- -
	事故相手の連絡先 （勤務先）	名称				
		住所	〒 -		(電話)	- -
加害者が不明の場合（その理由）						
事故内容	傷病名					
	事故発生日時	年 月 日		曜日	午前・午後	時 分頃
	事故発生場所					
	負傷の状況	通勤途上・その他	種別	自動車・単車・自転車・徒歩		
	事故の状況 （どのようにして負傷）					
警察への届出	有・無		警察署（派出所）			
診療を受けた 医療機関・医師	名称			医師		
	所在地			(電話)	- -	
損害賠償の請求	有・無	損害賠償の受領		有・無	（ 円）	
示談成立の状況	示談が成立していないときは、経過及び理由、現状について詳細に記入してください。					

年 月 日

西日本パッケージング健康保険組合理事長 殿

見本

第三者行為・負傷届（交通事故）

被保険者	記号 - 番号	123 - 456	名	西日本 太郎		
	連絡先（電話番号）	01-234-5678	所	〒123-4567 大阪府大阪市中央区〇-〇-〇		
負傷者（被被害者）	被保険者（本人）の場合	氏名	西日本 太郎		生年月日	昭・平・令〇〇年〇〇月〇〇日
	被扶養者（家族）の場合	氏名	西日本 花子		続柄	妻
		職業など	専業主婦		生年月日	昭・平・令〇〇年〇〇月〇〇日
事故相手（加害者）	事故相手	氏名	健保 太郎		生年月日	昭・平・令〇〇年〇〇月〇〇日
		住所	〒987-6543 大阪府大阪市北区〇-〇-〇 （電話）123-456-789			
	事故相手の連絡先（勤務先）	名称	〇▲工業 株式会社			
		住所	〒987-6543 大阪府大阪市北区〇-〇-〇 （電話）123-456-789			
加害者が不明の場合（その理由）						
事故内容	傷病名	〇〇骨折 他				
	事故発生日時	〇〇年〇〇月〇〇日 〇曜日 午前・午後 〇時〇〇分頃				
	事故発生場所	大阪府大阪市中央区〇〇-〇-〇				
	負傷の状況	通勤途上・その他	種別	自動車・単車・自転車・徒歩		
	事故の状況（どのようにして負傷）	信号待ちで停車中に、後方から玉突き衝突された。				
警察への届出	有・無		西日本 警察署（派出所）			
診療を受けた医療機関・医師	名称	〇〇医院		医師	西日本	
	所在地	大阪府大阪市中央区〇〇-〇		(電話)	- -	
損害賠償の請求	有・無		損害賠償の受領	有・無 (円)		
示談成立の状況	示談が成立していないときは、経過及び理由、現状について詳細に記入してください。					

黒ボールペンで記入下さい

〇〇年〇〇月〇〇日

西日本パッケージング健康保険組合理事長