

第三者の行為による傷病届

被害者関係	所属所名称	○×市役所		所属所番号	○○○	
	組合員証番号	×××	組合員氏名	共済 太郎		
	現住所	△△△市××町××××				
	被扶養者が受けた事故であるとき	氏名		被保険者との続柄		
加害者関係	加害者	氏名	加害者太郎	生年月日	昭和 ○ 年 1 月 1 日	
		現住所	××市××町××××			
		電話番号	○○○-○○○-○○○○			
	加害者の勤務先	名称又は氏名	(株) ××××			
		所在地又は住所	××市××町××××			
		電話番号	○○○-○○○-○○○○			
加害者がわからないときはその理由						
事故の内容	発生日時	平成 ○ 年 4 月 10 日 午前・午後 1 時 00 分頃				
	発生場所	××市××町×××× ○×病院前				
事故の内容	負傷原因	① 何をしていた負傷しましたか (目的) △△方面へ車を運転中				
		② どうして負傷しましたか 対向車線を走る加害者太郎の車がセンターラインを超え、正面衝突した。				
		③業務上外の別		業務上	業務外	
	事故の種別	自動車 事故 ・ 自転車事故 ・ 殴打 事故 ・ その他 ( ) バイク 刺傷				
警察官の立会	・あった ・ない ・ないが届出済 ・警察への未届					
所轄署	○○ 警察署		派出所			
過失の割合	自分の過失		相手の過失			
	0 %		100 %			
示談内容	示談成立	年 月 日 (写添付)	示談交渉中	年 月 日	現在	
	加害者より損害賠償金を受けたとき	年 月 日			円受領	
	自動車保険より保険金を受けたとき	年 月 日			円受領	

被害者の治療状況	治療を受けた医療機関	①名称	○×病院		治療期間	○年4月10日	治癒・転医	
		所在地	××市××町××××			年 月 日	治療中	
	②名称			治療期間	年 月 日	治癒・転医		
	所在地				年 月 日	治療中		
治癒見込年月日 年 月 日								
加害者の自動車保険加入状況	保有者	氏名	加害者太郎		加害者(運転者)との関係	本人		
		住所	××市××町××××					
	保険契約者	氏名	同上					
		住所						
	自賠責保険	自動車損害賠償責任保険証明書番号				第	×××-××××	
		自動車	種別	登録番号	車台番号			
			普通	大分××××	×××××			
		保険加入期間	○年1月1日～○年1月1日 2年間					
		契約保険会社名(所轄店名)	名称	○×△保険株式会社				
	所在地		××市××町××××					
電話	×××-××××-××××							
任意保険	加入している	契約保険会社名(所轄店名)	名称	○×△株式会社				
	加入していない		所在地	電話 ×××-××××-××××				
上記のとおり申告します。								
大分県市町村職員共済組合 理事長				殿				
平成 ○年5月1日				住所 △△市××町×××				
申告者				氏名 共済太郎 印				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。								
平成 ○年5月1日				職名 ○×市長				
				所属所長				
				氏名 ×× ×× 公印				

① この届に添えていただく書類

(1) 示談をしたときは示談書の写し 1部  
交通事故のときは示談書の他に

(2) 自動車事故証明書 1部

(3) 事故発生状況報告書 1部

(4) 念書 1部

(5) 損害賠償金納付確約書・念書 1部

なお、(2)(3)については原本を各一部提出して下さい。