

## 第三者の行為による傷病届

横浜市職員共済組合理事長様

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

I 及びII のとおり届け出ます。  
 第三者の行為による傷病届 I

組合員証記号番号		999-99999		所属名		〇〇〇 局 〇〇〇 課		
組合員氏名(組合員死亡の場合は届出者)		共済 太郎		当事者本人氏名		共済 太郎 性別 続柄		
				昭平 〇〇年 9月 9日生		男 女 本人		
相手者	氏名	加害 一郎		現住所		東京都××区××町××1-1 TEL 03-××××-1111		
	職業(勤務先)	会社員 (〇〇産業株式会社)		所在地		東京都××区××町××2-2 TEL 03-××××-2222		
	親権者氏名 (未成年の場合記入)				現住所		TEL	
	自賠償保険証明書番号		保 險 期 間					
			平成〇〇年〇〇月〇〇日 から 平成〇〇年〇〇月〇〇日 まで					
	契約保険会社 又は共済連		名称	〇〇〇〇損害保険株式会社				
			所在地	〒×××-3333 TEL 03-××××-3333 東京都××区××町××3-3				
	契約者	氏名	加害 一郎				相手者との関係	
		住所	〒×××-1111 TEL 03-××××-1111 東京都××区××町××1-1				本人・親族・従業員・その他( )	
	任意保険加入		保険会社又は共済連の名称		証券番号		契約者氏名	
加入・未加入		〇〇〇〇損害保険株式会社 TEL 03-〇〇〇-××××		×××××		加害 一郎		
傷病名		頸椎捻挫		事故発生状況		事故発生状況報告書に同じ		
事故発生日		平成 ××年 ××月 ××日 (× 曜)				午前・午後 ××時 ××分頃		
事故発生場所		××県××市××町××交差点						
事故の種別		・交通事故(人身扱い・物損扱い) ・殴打 ・刺傷 ・その他( )						
警察への届出(立会)		・届出済み ・未届け						
所轄署		〇〇 警察署		〇〇 派出所				

治療の状況				
医療機関の名称	治療を受けた期間	治療費の負担区分	入院・外来の区分	今後の治療見込
○○総合病院 TEL ○○○-○○○-4444	自○○年○○月○○日 至○○年○○月○○日	・共済組合員証使用 ・自費・相手者・自賠	外来	約 日 ○月 ぐらい
TEL	自 年 月 日 至 年 月 日	・共済組合員証使用 ・自費・相手者・自賠		約 日 月 ぐらい
TEL	自 年 月 日 至 年 月 日	・共済組合員証使用 ・自費・相手者・自賠		約 日 月 ぐらい
TEL	自 年 月 日 至 年 月 日	・共済組合員証使用 ・自費・相手者・自賠		約 日 月 ぐらい
転帰	平成○○年○○月○○日現在・入院中・ <b>通院加療中</b> ・治療中止・症状固定・治癒			
相手方との示談状況				
・成立している	平成 年 月 日 成立 (示談書の写しを添付のこと)			
<b>交渉中</b>	(示談の進み具合、内容を記入のこと) <b>弁護士を通じて3回目の交渉中</b>			
・成立しない	(成立しない理由を記入のこと)			
損害賠償の請求及び受領状況				
保険会社等からの賠償金の受領	・した(請求者名 ) <b>していない</b> ・請求中			
賠償金受領内容	請求中請求内容			
賠償金支払者	最終受領日	請求先		
受領金総額 (平成 年 月 日請求分まで)	円	請求額		
内 訳	治療費 (入院費含)		治療費	
	休業補償費 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間1日につき 円		休業補償費	
	葬儀費		葬儀費	
	その他 ( )		その他	