

第三者の行為による傷病届

被害者関係	所属所名称	〇×市役所		所属所番号	〇〇〇	
	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	平成〇年1月1日	
		現住所	××市××町××××			
		電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
	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	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
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	令和〇年4月10日 午前・ <u>午後</u> 1時00分頃				
	発生場所	××市××町×××× 〇×病院前				
事故の内容	負傷原因	① 何をしていたか（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	<u>業務外</u>	
	事故の種別	<u>自動車</u> 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	・ <u>あった</u> ・ ない ・ ないが届出済 ・ 警察への未届					
所轄署	〇〇 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		治療・転医 治療中		
		所在地	××市××町××××			年 月 日				
	②名称			治療期間	年 月 日		治療・転医 治療中			
	所在地				年 月 日					
治療見込年月日 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	普通		登録番号	大分××××			
			車台番号	×××××						
		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 ×××-×××-×××× ××市××町××××						
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 様										
令和 ○ 年 5 月 1 日										
住所 △△市××町×××										
申告者										
氏名 共済 太郎										
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。										
令和 ○ 年 5 月 1 日										
職名 ○×市長										
所属所長										
氏名 ×× ××										

⑨ 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。