（三者略様式）

第　三　者　行　為　災　害　届

（第二当事者（相手方）が同僚労働者等である場合）

労災保険法施行規則第22条の規定によりお届けします。

保険給付請求権者

労働基準監督署長　　殿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　　話　　（　　）

労働保険番号

1　被災者

氏 名（し な）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）

生年月日　T・S・H・R　　年　　月　　日

住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2　第二当事者（相手方）

氏 名（し な）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）

住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属事業所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3　災害の発生状況

(1)　日　時　令和　　年　　月　　日
午後・午前　　時　　分頃

(2)　場　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(3)　発生状況

簡単に図示下さい。

4　災害に車両、重機などが関係していますか。
当該車両等に自賠責保険の加入はありますか。

(1) 車両等　　関係なし　　関係あり

(2) 登録（車両）番号

(3) 自賠責保険　　有　　無

契約者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

証明書番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険会社＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険金請求の有無　　有　　無

保険金受領の有無　　有　　無

保険金受領の内訳

5　第二当事者（相手方）との関係

同 僚　　元請労働者と下請労働者

労働者と事業主　　その外（　　）

6　第二当事者（相手方）との示談状況、賠償金等の受領の有無

(1) 示 談　　成立　　交渉中　　予定なし
その他（　　）

(2) 賠償金受領　　有　　無

受領年月日　　令和　　年　　月　　日

金額・名目

7　警察署による調査　　有　　無

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿警察署

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

所 在 地

事業所名

代 表 者

電　　話　　（　　）

この書式は本来の届出・報告様式に替えて便宜的に使用するものです。場合によっては改めて届出・報告を求めることがあります。

労働基準監督署