

【記載例】 第三者行為災害届

業務災害 通勤災害
交通事故 交通事故以外

令和 元 年 5 月 13 日

労働者災害補償保険法施行規則第22条の規定により届け出ます。

保険給付請求権者

署受付日付

住所	大津市打出浜14-15		
郵便番号	(520-0806)		
フリガナ	ロウドウ タロウ		
氏名	労働 太郎		
電話	(自宅)	090-1234-5678	
	(携帯)	077-522-6630	

大津 労働基準監督署長 殿

1 第一当事者(被災者)

フリガナ	ロウドウ タロウ		
氏名	労働 太郎	性	男 女
生年月日	昭和 40 年 12 月 28 日 (50 歳)		
住所	大津市打出浜14-15		
職種	土木建設業		

2 第一当事者(被災者)の所属事業場

労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	
	01	1	01	000099	000	
名称	労働土木建設工業株式会社				電話	077-522-6641
所在地	大津市打出浜122-20				郵便番号	520-0806
代表者(役職)	代表取締役		担当者(所属部課名)	総務課		
	(氏名) 構成 花子			(氏名) 丸山 繁子		

3 災害発生日

日時	令和 元 年 5 月 7 日				午前 午後	4 時 0 分頃
場所	大津市浜大津14-14					

4 第二当事者(相手方)

氏名	秋山 亮範 (55 歳)	電話	(自宅) 075-222-4567
			(携帯) 080-4564-8888
住所	京都市上京区 通 町192-333 まるまるマンション 203号 郵便番号 526-5847		
第二当事者(相手方)が業務中であった場合			
所属事業場名称	労働工業株式会社		電話 077-522-6647
所在地	大津市に色調60-6		郵便番号 520-0808
代表者(役職)	代表取締役 (氏名) 西木 孝次郎		

5 災害調査を行った警察署又は派出所の名称

大津 警察署 大津駅前 係(派出所)

6 災害発生の事実の現認者(5の災害調査を行った警察署又は派出所がない場合に記入してください)

氏名	(歳)	電話	(自宅)
			(携帯)
住所	郵便番号		

7 あなたの運転していた車両(あなたが運転者の場合にのみ記入してください)

車種	大 (普) 特 自二 軽自 原付自	登録番号(車両番号)	滋賀58ま8888			
運転者の免許	有 無	免許の種類	免許証番号	資格取得	有効期限	免許の条件
	無	普通	124578568	H3.2.1	R3.3.3	眼鏡

()交通事故以外の災害の場合は「届その2」を提出する必要はありません。(届その2)

8 事故現場の状況

天候	晴 <input checked="" type="radio"/> 曇 <input type="radio"/> 小雨 <input type="radio"/> 雨 <input type="radio"/> 小雪 <input type="radio"/> 雪 <input type="radio"/> 暴風雨 <input type="radio"/> 霧 <input type="radio"/> 濃霧 <input type="radio"/>
見越し	良い <input checked="" type="radio"/> 悪い <input type="radio"/> (障害物: <u>生け垣</u> があった。)
道路の状況	(あなた(被災者)が運転者であった場合に記入してください。) 道路の幅 (<u>20</u>) m、 <input checked="" type="radio"/> 舗装 <input type="radio"/> 非舗装 坂 (<input type="radio"/> 上 <input type="radio"/> 下 <input type="radio"/> 緩 <input type="radio"/> 急) でこぼこ <input type="radio"/> 砂利道 <input type="radio"/> 道路欠損 <input checked="" type="radio"/> 凍結 <input type="radio"/> その他 (<u>水道工事</u>)
	(あなた(被災者)が歩行者であった場合に記入してください。) 歩車道の区別が (<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない) 道路 <input type="radio"/> 車の交通頻繁な道路 <input type="radio"/> 住宅地 <input type="radio"/> 商店街の道路 歩行者用道路 (車の通行: <input type="radio"/> 許 <input type="radio"/> 否)、その他の道路 (<u>自動車優先道路</u>)
標識	速度制限 (<u>50</u> km/h) <input type="radio"/> 追越し禁止 <input type="radio"/> 一方通行 <input type="radio"/> 歩行者横断禁止 一時停止 (<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無) 停止線 (<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無)
信号機	<u>無</u> (<input checked="" type="radio"/> 有 (<u>青色で交差点に入った。</u>)) 信号機時間外 (<input type="radio"/> 黄点滅 <input type="radio"/> 赤点滅)
交通量	横断歩道上の信号機 (<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無) <u>多い</u> <input type="radio"/> 少ない <input type="radio"/> 中位 <input type="radio"/>

9 事故当時の行為、心身の状況及び車両の状況

心身の状況	正常 <input type="radio"/> いねむり <input type="radio"/> 疲労 <input type="radio"/> わき見 <input checked="" type="radio"/> 病気 (<u>インフルエンザ</u>) <input type="radio"/> 飲酒 <input type="radio"/>
あなたの行為	(あなた(被災者)が運転者であった場合に記入してください。) 直前に警笛を <u>鳴らした</u> <input checked="" type="radio"/> <u>鳴らさない</u> <input type="radio"/> 相手を発見したのは (<u>30</u>) m 手前 ブレーキを <u>かけた</u> (スリップ: <u>15</u> m) <input checked="" type="radio"/> <u>かけない</u> <input type="radio"/> 方向指示灯 <u>だした</u> <input checked="" type="radio"/> <u>ださない</u> <input type="radio"/> 停止線で一時停止 <u>した</u> <input checked="" type="radio"/> <u>しない</u> <input type="radio"/> 速度は約 <u>40</u> km/h 相手は約 <u>30</u> km/h
	(あなた(被災者)が歩行者であった場合に記入してください。) <u>横断中の場合</u> 横断場所 (<u>最初</u>)、信号機 (<u>赤</u>) 色で横断歩道に入った。 左右の安全確認: <u>した</u> <input checked="" type="radio"/> <u>しない</u> <input type="radio"/> 車の直前・直後を横断: <u>した</u> <input checked="" type="radio"/> <u>しない</u> <input type="radio"/>
	<u>通行中の場合</u> 通行場所: <u>歩道</u> <input checked="" type="radio"/> <u>車道</u> <input type="radio"/> <u>歩車道の区別がない道路</u> <input type="radio"/> 通行のしかた: <u>車と同方向</u> <input checked="" type="radio"/> <u>対面方向</u> <input type="radio"/>

10 第二当事者(相手方)の自賠責保険(共済)及び任意の対人賠償保険(共済)に関すること

(1)自賠責保険(共済)について
 証明書番号 第 1238568455 号
 保険(共済)契約者(氏名) 前嶋 松尾 第二当事者(相手方)と契約者との関係 配偶者
 (住所) 大津市馬場3-3-4
 保険会社・管轄店名 損保ジャパン日本興亜(株)大津サービスセンター お客様係 電話 077-522-5252
 管轄店所在地 大津市中央4-4-4 大津中央ビル 4F 郵便番号 520-8585

(2)任意の対人賠償保険(共済)について
 証券番号 第 8888888888 号 保険金額 対人 1,000 万円
 保険(共済)契約者(氏名) 前嶋 松尾 第二当事者(相手方)と契約者との関係 配偶者
 (住所) 大津市松町222-589 松町マンション 445号
 保険会社・管轄店名 三井住友海上火災保険(株)大津保険金サービスセンター 電話 077-586-9999
 管轄店所在地 大津市本町2-5-14 本町マンション 5F 郵便番号 520-5485

(3)保険金(損害賠償額)請求の有無 有 無
 有の場合の請求方法 1 自賠責保険(共済)と任意の対人賠償保険(共済)との一括
 2 自賠責保険(共済)単独
 保険金(損害賠償額)の支払を受けている場合は、受けた者の氏名、金額及びその年月日
 氏名 中河 宗男 金額 1,350,000 円 受領年月日平成 29 年 12 月 25 日

11 運行供用者が第二当事者(相手方)以外の場合の運行供用者

名称(氏名)		電話	
所在地(住所)		郵便番号	

12 あなた(被災者)の人身傷害補償保険に関すること(あなたの家の自家用車又は社用車の任意保険の特約部分です)

人身傷害補償保険に	<u>加入している</u> <input checked="" type="radio"/> <u>していない</u> <input type="radio"/> 【必ず記入してください。】
証券番号 第	<u>S5843558639</u> 号 保険金額 <u>無制限</u> 万円
保険(共済)契約者(氏名)	<u>広島 ユウコ</u> あなた(被災者)と契約者との関係 <u>本人</u>
(住所)	<u>草津市青島町5-5-5</u>
保険会社・管轄店名	<u>東京海上日動火災保険(株)草津サービスセンター</u> 電話 <u>077-522-6262</u>
管轄店所在地	<u>草津市中山町6-6-6 中山ビル6F</u> 郵便番号 <u>525-8888</u>
人身傷害補償保険金の請求の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
人身傷害補償保険の支払を受けている場合は、受けた者の氏名、金額及びその年月日	
氏名	<u>浜沖 ヒロシ</u> 金額 <u>568,000</u> 円 受領年月日平成 <u>28</u> 年 <u>5</u> 月 <u>28</u> 日

()交通事故以外の災害の場合は「届その2」を提出する必要はありません。

13 災害発生状況

第一当事者(被災者)・第二当事者(相手方)の行動、災害発生原因と状況をわかりやすく記入してください。

にある作業現場で業務を終えて、水道橋にある会社に翌日の作業打合せのため戻る途中、国道 号線と国道 号線の交差点の信号が赤に変わったため停止していたところ、後方から加害者(第二氏)運転の車が私の車にぶつた。かってきましたこのため私は、頭部を強く打ち、負傷しました。

14 現場見取図

道路方向の地名(至 方面)、道路幅、信号、横断歩道、区画線、道路標識、接触点等くわしく記入してください。

Grid for site map with text: (届その4に記載しました)

Table with traffic symbols: 自車, 相手車, 進行方向, 横断禁止, 人, 信号, 横断歩道, 接触点, etc.

15 過失割合

私の過失割合は 10 %, 相手の過失割合は 90 %だと思ます。

理由 信号が赤に変わっているにもかかわらず、わき見運転していた相手方が停止しなかったため。

16 示談について

- ア 示談が成立した。(元 年 5 月 9 日)
イ 交渉中
ウ 示談はしない。
エ 示談をする予定
オ 裁判の見込み(年 月 日頃提訴予定) (年 月 日頃予定)

17 身体損傷及び診療機関

Table with columns: 私(被災者)側, 相手側(わかっていることだけ記入してください。) and rows: 部位・傷病名, 程度, 診療機関名称, 所在地.

18 損害賠償金の受領 ([x] 受領なし) [受領していない場合は、必ず[x]してください。]

Table for compensation received with columns: 受領年月日, 支払者, 金額・品目, 名目.

事業主の証明 section with text: 1欄の者については、2欄から6欄、13欄及び14欄に記載したとおりであることを証明します。 令和 元 年 5 月 10 日 事業場の名称 前山工業株式会社 事業主の氏名 代表取締役 前嶋 充

()通勤災害の場合には事業主の証明は必要ありません。

第三者行為災害届を記載するに当たっての留意事項

- 1 災害発生後、すみやかに提出してください。
なお、不明な事項がある場合には、空欄とし、提出時に申し出てください。
- 2 業務災害・通勤災害及び交通事故・交通事故以外のいずれか該当するものに をしてください。
なお、例えば構内における移動式クレーンによる事故のような場合には交通事故に含まれます。
- 3 通勤災害の場合には、事業主の証明は必要ありません。
- 4 第一当事者(被災者)とは、労災保険給付を受ける原因となった業務災害又は通勤災害を被った者をいいます。
- 5 災害発生の場所は、 町 丁目 番地 ストア前歩道のように具体的に記入してください。
- 6 第二当事者(相手方)が業務中であった場合には、「届その1」の4欄に記入してください。
- 7 第二当事者(相手方)側と示談を行う場合には、あらかじめ所轄労働基準監督署に必ず御相談ください。
示談の内容によっては、保険給付を受けられない場合があります。
- 8 交通事故以外の災害の場合には「届その2」を提出する必要はありません。
- 9 運行供用者とは、自己のために自動車の運行をさせる者をいいますが、一般的には自動車の所有者及び使用者等がこれに当たります。
- 10 「現場見取図」について、作業場における事故等で欄が不足し書ききれない場合にはこの用紙の下記記載欄を使用し、この「届その4」もあわせて提出してください。
- 11 損害賠償金を受領した場合には、第二当事者(相手方)又は保険会社等からを問わずすべて記入してください。
- 12 この届用紙に書ききれない場合には、適宜別紙に記載してあわせて提出してください。

現場見取図

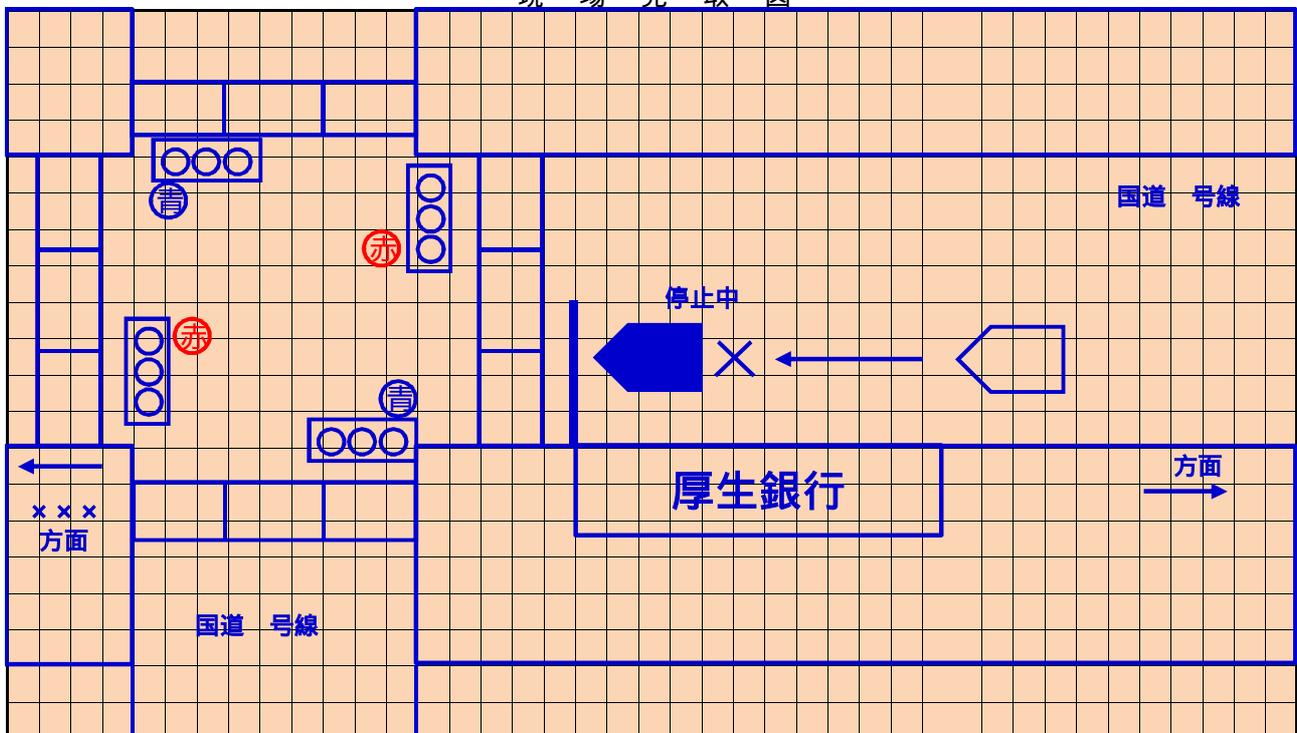


表 示 符 号							
自 車	▲	横断禁止	■	信 号	○○○	横断歩道	目
相 手 車	△	人 間	人	(赤、黄、青を 表示すること)	○○	接 触 点	×
進 行 方 向	↑	自 転 車 オ ー ト バ イ	お	一 時 停 止	Y		

第三者行為災害届

業務災害	通勤災害
交通事故	交通事故以外

令和 年 月 日

労働者災害補償保険法施行規則第22条の規定により届け出ます。

保険給付請求権者



届受付日付

住所

郵便番号()

フリガナ

氏名

労働基準監督署長 殿

電話

(自宅)

(携帯)

1 第一当事者(被災者)

フリガナ

氏名

男 女

生年月日 (元号) 年 月 日 (歳)

住所

職種

2 第一当事者(被災者)の所属事業場

労働保険番号

府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号

名称

電話

所在地

郵便番号

代表者(役職)

担当者(所属部課名)

(氏名)

(氏名)

3 災害発生日

日時 (元号) 年 月 日 午前 午後 時 分頃

場所

4 第二当事者(相手方)

氏名

(歳)

電話 (自宅)

(携帯)

住所

郵便番号

第二当事者(相手方)が業務中であった場合

所属事業場名称

電話

所在地

郵便番号

代表者(役職)

(氏名)

5 災害調査を行った警察署又は派出所の名称

警察署

係(派出所)

6 災害発生の実事の現認者(5の災害調査を行った警察署又は派出所がない場合に記入してください)

氏名

(歳)

電話 (自宅)

(携帯)

住所

郵便番号

7 あなたの運転していた車両(あなたが運転者の場合にのみ記入してください)

車種	大 普 特	自二 軽自 原付自	登録番号(車両番号)			
運転者の免許	有・無	免許の種類	免許証番号	資格取得	有効期限	免許の条件

()交通事故以外の災害の場合は「届その2」を提出する必要はありません。(届その2)

8 事故現場の状況

天候 晴 曇 小雨 雨 小雪 雪 暴風雨 霧 濃霧

見越し 良い 悪い (障害物: _____ があった。)

道路の状況 (あなた(被災者)が運転者であった場合に記入してください。)
道路の幅 () m、 舗装 非舗装 坂 (上り 下り 緩 急)
でこぼこ 砂利道 道路欠損 工事中 凍結 その他 (_____)

(あなた(被災者)が歩行者であった場合に記入してください。)
歩車道の区別が (ある ない) 道路 車の交通頻繁な道路 住宅地 商店街の道路
歩行者用道路 (車の通行: 許 否)、その他の道路 (_____)

標識 速度制限 (_____ km/h) 追い越し禁止 一方通行 歩行者横断禁止
一時停止 (有 無) 停止線 (有 無)

信号機 無 有 (_____ 色で交差点に入った。) 信号機時間外 (黄点滅 赤点滅)
横断歩道上の信号機 (有 無)

交通量 多い 少ない 中位

9 事故当時の行為、心身の状況及び車両の状況

心身の状況 正常 いねむり 疲労 わき見 病気 (_____) 飲酒

あなたの行為 (あなた(被災者)が運転者であった場合に記入してください。)
直前に警笛を 鳴らした 鳴らさない 相手を発見したのは (_____) m 手前
ブレーキを かけた (スリップ: _____ m) かけない 方向指示灯 出した ださない
停止線で一時停止 した しない 速度は約 _____ km/h 相手は約 _____ km/h

(あなた(被災者)が歩行者であった場合に記入してください。)
横断中の場合 横断場所 (_____)、信号機 (_____) 色で横断歩道に入った。
左右の安全確認: した しない 車の直前・直後を横断: した しない

通行中の場合 通行場所: 歩道 車道 歩車道の区別がない道路
通行のしかた: 車と同方向 対面方向

10 第二当事者(相手方)の自賠責保険(共済)及び任意の対人賠償保険(共済)に関すること

(1) 自賠責保険(共済)について
証明書番号 第 _____ 号
保険(共済)契約者(氏名) _____ 第二当事者(相手方)と契約者との関係
(住所) _____

保険会社・管轄店名 _____ 電話 _____
管轄店所在地 _____ 郵便番号 _____

(2) 任意の対人賠償保険(共済)について
証券番号 第 _____ 号 保険金額 _____ 対人 _____ 万円
保険(共済)契約者(氏名) _____ 第二当事者(相手方)と契約者との関係
(住所) _____

保険会社・管轄店名 _____ 電話 _____
管轄店所在地 _____ 郵便番号 _____

(3) 保険金(損害賠償額)請求の有無 有 無
有の場合の請求方法 ア 自賠責保険(共済)単独
イ 自賠責保険(共済)と任意の対人賠償保険(共済)との一括
保険金(損害賠償額)の支払を受けている場合は、受けた者の氏名、金額及びその年月日
氏名 _____ 金額 _____ 円 受領年月日(元号) _____ 年 _____ 月 _____ 日

11 運行供用者が第二当事者(相手方)以外の場合の運行供用者

名称(氏名) _____ 電話 _____
所在地(住所) _____ 郵便番号 _____

12 あなた(被災者)の人身傷害補償保険に関すること(あなたの家の自家用車又は社用車の任意保険の特約部分です)

人身傷害補償保険に 加入している していない ◀ [必ず記入してください。]
証券番号 第 _____ 号 保険金額 _____ 万円
保険(共済)契約者(氏名) _____ あなた(被災者)と契約者との関係
(住所) _____

保険会社・管轄店名 _____ 電話 _____
管轄店所在地 _____ 郵便番号 _____

人身傷害補償保険金の請求の有無 有 無
人身傷害補償保険の支払を受けている場合は、受けた者の氏名、金額及びその年月日
氏名 _____ 金額 _____ 円 受領年月日(元号) _____ 年 _____ 月 _____ 日

()交通事故以外の災害の場合は「届その2」を提出する必要はありません。

13 災害発生状況

第一当事者(被災者)・第二当事者(相手方)の行動、災害発生原因と状況をわかりやすく記入してください。

Blank lines for describing the accident details.

14 現場見取図

道路方向の地名(至 方面)、道路幅、信号、横断歩道、区画線、道路標識、接触点等くわしく記入してください。

Grid for drawing the accident scene map.

表		示		符		号	
自 車	▲	横断禁止	⊘	信 号	⊞	横断歩道	目
相手車	△	人 間	⊙	(※赤、黄、青を 表示すること)	⊞	接 触 点	×
進行方向	↑	自 転 車 オ ー ト バ イ	○	一 時 停 止	Y		

15 過失割合

私の過失割合は %、相手の過失割合は %だと思ます。

理由

16 示談について

- ア 示談が成立した。(年 月 日)、イ 交渉中
- ウ 示談はしない、エ 示談をする予定。
- オ 裁判の見込み。(年 月 日頃提訴予定) (年 月 日頃予定)

17 身体損傷及び診療機関

	私(被災者)側	相手側(わかっていることだけ記入してください。)
部 位・ 傷 病 名		
程 度		
診 療 機 関 名 称		
所 在 地		

18 損害賠償金の受領 (受領なし) ← [受領していない場合は、必ずしてください。]

受領年月日	支 払 者	金 額・品 目	名 目	受領年月日	支 払 者	金 額・品 目	名 目

事業主の証明	1欄の者については、2欄から6欄、13欄及び14欄に記載したとおりであることを証明します。
	令和 年 月 日
	事業場の名称
	事業主の氏名 (法人の場合は代表者の役職・氏名)

()通勤災害の場合には事業主の証明は必要ありません。

第三者行為災害届

業務災害 通勤災害
交通事故 交通事故以外

令和 年 月 日

労働者災害補償保険法施行規則第22条の規定により届け出ます。



保険給付請求権者

住所

郵便番号()

フリガナ

氏名

電話 (自宅)

(携帯)

労働基準監督署長 殿

1 第一当事者(被災者)

フリガナ

氏名 男 女 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)

住所

職種

2 第一当事者(被災者)の所属事業場

労働保険番号

府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号

名称 電話

所在地 郵便番号

代表者(役職) 担当者(所属部課名)

(氏名) (氏名)

3 災害発生日

日時 平成・令和 年 月 日 午前 午後 時 分頃

場所

4 第二当事者(相手方)

氏名 (歳) 電話 (自宅)

住所 郵便番号

第二当事者(相手方)が業務中であった場合

所属事業場名称 電話

所在地 郵便番号

代表者(役職) (氏名)

5 災害調査を行った警察署又は派出所の名称

警察署 係(派出所)

6 災害発生の事実の現認者(5の災害調査を行った警察署又は派出所がない場合に記入してください)

氏名 (歳) 電話 (自宅)

住所 郵便番号

7 あなたの運転していた車両(あなたが運転者の場合のみ記入してください)

車種	大 普 特 自二 軽自 原付自	登録番号(車両番号)				
運転者の免許	有・無	免許の種類	免許証番号	資格取得	有効期限	免許の条件

()交通事故以外の災害の場合は「届その2」を提出する必要はありません。(届その2)

8 事故現場の状況

天候 晴 曇 小雨 雨 小雪 雪 暴風雨 霧 濃霧
見透し 良い 悪い (障害物: _____ があった。)
道路の状況 (あなた(被災者)が運転者であった場合に記入してください。)
道路の幅 ()m、舗装 非舗装 坂 上り 下り 緩 急
でこぼこ 砂利道 道路欠損 工事中 凍結 その他 ()
(あなた(被災者)が歩行者であった場合に記入してください。)
歩車道の区別が ある ない 道路 車の交通頻繁な道路 住宅地 商店街の道路
歩行者用道路 (車の通行: 許 否)、その他の道路 ()
標識 速度制限 (km/h) 追い越し禁止 一方通行 歩行者横断禁止
一時停止 (有 無) 停止線 (有 無)
信号機 無 有 (色で交差点に入った。) 信号機時間外 (黄点滅 赤点滅)
交通量 多い 少ない 中位

9 事故当時の行為、心身の状況及び車両の状況

心身の状況 正常 いねむり 疲労 わき見 病気 () 飲酒
あなたの行為 (あなた(被災者)が運転者であった場合に記入してください。)
直前に警笛を 鳴らした 鳴らさない 相手を発見したのは () m手前
ブレーキを かけた (スリップ: _____ m) かけない 方向指示灯 出した ださない
停止線で一時停止 した しない 速度は約 _____ km/h 相手は約 _____ km/h
(あなた(被災者)が歩行者であった場合に記入してください。)
横断中の場合 横断場所 ()、信号機 ()色で横断歩道に入った。
左右の安全確認: した しない 車の直前・直後を横断: した しない
通行中の場合 通行場所: 歩道 車道 歩車道の区別がない道路
通行のしかた: 車と同方向 対面方向

10 第二当事者(相手方)の自賠償保険(共済)及び任意の対人賠償保険(共済)に関すること

(1)自賠償保険(共済)について
証明書番号 第 _____ 号
保険(共済)契約者 (氏名) _____ 第二当事者(相手方)と契約者との関係
(住所) _____
保険会社・管轄店名 _____ 電話 _____
管轄店所在地 _____ 郵便番号 _____
(2)任意の対人賠償保険(共済)について
証券番号 第 _____ 号 保険金額 _____ 対人 _____ 万円
保険(共済)契約者 (氏名) _____ 第二当事者(相手方)と契約者との関係
(住所) _____
保険会社・管轄店名 _____ 電話 _____
管轄店所在地 _____ 郵便番号 _____
(3)保険金(損害賠償額)請求の有無 有 無
有の場合の請求方法 ア 自賠償保険(共済)単独
イ 自賠償保険(共済)と任意の対人賠償保険(共済)との一括
保険金(損害賠償額)の支払を受けている場合は、受けた者の氏名、金額及びその年月日
氏名 _____ 金額 _____ 円 受領年月日 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

11 運行供用者が第二当事者(相手方)以外の場合の運行供用者

名称(氏名) _____ 電話 _____
所在地(住所) _____ 郵便番号 _____

12 あなた(被災者)の人身傷害補償保険に関すること(あなたの家の自家用車又は社用車の任意保険の特約部分です)

人身傷害補償保険に 加入している していない ◀ [必ず記入してください。]
証券番号 第 _____ 号 保険金額 _____ 万円
保険(共済)契約者 (氏名) _____ あなた(被災者)と契約者との関係
(住所) _____
保険会社・管轄店名 _____ 電話 _____
管轄店所在地 _____ 郵便番号 _____
人身傷害補償保険金の請求の有無 有 無
人身傷害補償保険の支払を受けている場合は、受けた者の氏名、金額及びその年月日
氏名 _____ 金額 _____ 円 受領年月日 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

()交通事故以外の災害の場合は「届その2」を提出する必要はありません。

13 災害発生状況

第一当事者(被災者)・第二当事者(相手方)の行動、災害発生原因と状況をわかりやすく記入してください。

Blank lines for describing the accident details.

14 現場見取図

道路方向の地名(至 方面)、道路幅、信号、横断歩道、区画線、道路標識、接触点等くわしく記入してください。

Grid for drawing the accident scene map.

Table with symbols for accident types: 自動車, 相手車, 進行方向, 横断禁止, 人, 自転車, オートバイ, 信号, 横断歩道, 接触点, 一時停止.

15 過失割合

私の過失割合は %、相手の過失割合は %だと思います。

理由

16 示談について

- ア 示談が成立した。(年 月 日) 、イ 交渉中
ウ 示談はしない。 、エ 示談をする予定。
オ 裁判の見込み。(年 月 日頃提訴予定) (年 月 日頃予定)

17 身体損傷及び診療機関

Table for recording injuries and medical institutions, with columns for '私(被災者)側' and '相手側(わかっていることだけ記入してください。)'.

18 損害賠償金の受領 (受領なし) ← 【受領していない場合は、必ず してください。】

Table for recording compensation received, with columns for date, payer, amount/item, and name.

Form for business owner's proof, including date (令和 年 月 日), business name, and owner's name.

() 通勤災害の場合には事業主の証明は必要ありません。

