

第三者の行為による傷病届

[illegible]

上記のとおりお届けします。 年 月 日

被保險者

住所 _____

(届出者)

氏名 _____ (印) _____

ユニプレス健康保険組合 理事長 様

相手方の(保険)関係・受診状況・示談状況届

保有者と保険契約者との関係		本人 譲受人 借受人 その他()			
相手方運転者と保有者との関係		本人 従業員 親族 その他()			
事故当事者間での過失割合の協定の有無		あり	『あり』の場合は、その理由及び金額、分担割合を記入してください。		
		なし			
自動車損害賠償責任保険の期間 (相手方自動車の強制保険)		年 月 日から 月間 年 月 日まで			
相手方自動車の任意保険加入		あり	保険会社名		証明書の記号番号
		なし			
相手方自動車の任意保険の期間		年 月 日から 月間 年 月 日まで			
一括支払関係	保険会社の	名 称			
		所 在 地			
		担当者氏名	TEL () -		
示談の状況	示談が成立しているとき	年 月 日成立 (示談書の写しを添付)		示談の内容	
	示談が成立していないとき	年 月 日現在		交渉中 交渉していない	
	交渉していないときはその理由			請求権を放棄したときはその理由	年 月 日放棄
損害賠償支払状況	自動車事故のとき 保険会社から				
	加害者に対する 損害賠償の請求 及び受領の状況	請求した	請求した場合は 年 月 日請求		
		請求していない	治療費 _____ 円 請求内容 休業補償費 _____ 円 その他 _____ 円		
		請求しない	受領した場合は 年 月 日請求 年 月 日受領		
	受領した	治療費 _____ 円 受領内容 休業補償費 _____ 円 その他 _____ 円			

上記のとおりお届けします。

年 月 日

ユニプレス健康保険組合 理事長 様

住所

被保険者

氏 名 (印)

事故発生状況報告書

① 事故発生 の詳細な 状況	
② 事故発生・現場 の見取図	

(記載上の注意)

②欄は、事故発生の場所の見取図を使用し、被害者と加害者との行為を赤線で表示して下さい。

上記のとおりご報告します。

年 月 日

報告者 甲との関係()
 乙との関係()

印

202104改定