

第三者行為による被害届

| | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------|---------------|-----------------------------|--------|---|-------------|-------------|-------------|--------------|-------|---------|--|
| 年 月 日 | | (〒 -) | | 世帯主 住所 | | (宛先)額田郡幸田町長 | | 氏名 | | (印) | | |
| | | | | | | | | (電話 -) | | | | |
| 下記のとおりお届けします。 | | | | | | | | | | | | |
| 事故 発生日 | | 年 | 月 | 日 | 時 | 分 | 頃 | 事故発生 場 所 | | | | |
| 事故原因 と 状 況 | | | | | | | | | | | | |
| 被害者名 (被保険者名) | 被保険者証 記号番号 | - | | | | | | 続 柄 | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | 性 別 | 男 ・ 女 | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | 生年月日 | 年 月 日 | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | 職 業 | | | | |
| 第三者 (加害者) に 関 する 事 項 | 加 害 者 (運 転 者) | 氏 名 | | | | | | | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| | | 住 所 | (〒 -) | | | | | | | | | |
| | | 職 業 | | | | | | | 電 話 | | | |
| | 保 有 者 (契 約 者) | 氏 名 | | | | | | | 電 話 | | | |
| | | 住 所 | (〒 -) | | | | | | | | | |
| | | 加 害 者 との関係 | 本人 ・ 親族(続柄) ・ 事業主 ・ その他() | | | | | | | | | |
| 自 賠 責 保 険 | 有 | 保険会社 | | | | | | | 証 明 書 番 号 | | | |
| | 無 | | | | | | | | | | | |
| 任 意 保 険 | 有 | 保険会社 | | | | | | | 支 店 名 | 課 名 | 担 当 者 名 | |
| | 無 | 証券番号 | | | | | | | 電 話 | | | |
| 医療機関の所在地・名称(氏名) | | | 傷 病 名 | | | | 初 診 日 | 年 月 日 | | | | |
| 当 初 | | | | | | | 国保診療 | 有 ・ 無 | | | | |
| | | | | | | | 国保診療 開始日 | 年 月 日 | | | | |
| 転 医 後 | | | | | | | 診療見込期間 | | | | | |
| | | | | | | | 診療見込金額 | 円 | | | | |

注意 この申請書に次の書類を添付して提出してください。

- ・事故発生状況報告書
- ・交通事故証明書
- ・念書(兼同意書)