

# 記載例

## 第三者行為による被害届

令和〇〇年△△月□□日

(〒 444-0113 )  
世帯主 住所 幸田町大字菱池字元林1番地1

(宛先)額田郡幸田町長

氏名 幸 田 太 郎 印  
田  
(電話 62 - 1111

下記のとおりお届けします。

事故発生日	令和元年 1月 1日 (午前)・午後) 10時 00分頃	事故発生場所	幸田町大字菱池字元林1番地1
-------	---------------------------------	--------	----------------

事故原因と状況 **別紙 事故発生状況報告書のとおり**

被害者名 (被保険者名)	被保険者証記号番号	12 - 123	続柄	世帯主
	フリガナ	コウタ タロウ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	氏名	幸 田 太 郎	生年月日	平成 10年 1月 1日
	個人番号	* * * * *	職業	自営業

第三者 (加害者) に関する 事項	加害者 (運転者)	氏名	愛 知 太 郎		生年月日	平成 5年 5月 5日		
		住所	(〒 460 - 8501 ) 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号					
		職業	会 社 員	電 話	052(962)〇〇〇〇			
	保有者 (契約者)	氏名	愛 知 太 郎		電 話	同 上		
		住所	(〒 460 - 8501 ) 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号					
		加害者との関係	<input checked="" type="radio"/> 本人 ・ 親族(続柄 ) ・ 事業主 ・ その他( )					
	自賠責保険	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	保険会社	平成海上火災		証明書番号	1122-33445	
	任意保険	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	保険会社	平成海上火災		支店名	課 名	担当者名
				名古屋	査 定	額 田		
		<input type="radio"/> 無	証券番号	〇〇××-98765		電 話	052(962)△△△△	

医療機関の所在地・名称(氏名)	傷 病 名	初 診 日	年 月 日
当 初 転 医 後	〇〇整形外科	国保診療	有 ・ 無
		国保診療開始日	年 月 日
		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。

- ・事故活性状況報告書
- ・交通事故証明書
- ・念書(兼同意書)