

第三者行為による被害届

日進市長 宛て		年 月 日				
		申請者 住所 _____ 氏名 _____ 受給者との続柄() _____ 電話 () _____				
次のとおり届出します。						
事故発生日	年 月 日 午(前・後) 時 分頃	事故発生場所				
受給者番号	保険者名	事故原因と状況				
被害者 (受給者)	被保険者証 記号・番号	職 業				
	フリガナ	続 柄	性別 男・女			
	氏 名	生年月日	年 月 日			
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()			
	自賠償 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			保険診療	有 ・ 無		
			保険診療 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。
 1 事故発生状況報告書 2 交通事故証明書(原本)
 3 委任状兼同意書等(被害者)