

第三者行為による被害届

年 月 日											
日進市長 宛て					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		続 柄		性別		男・女	
		フリガナ						生年月日		年 月 日	
		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 責 保 険		有 無		保 険 会 社		証 明 書 番 号					
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)