

第三者行為による被害届

老健	乳児	障害	母子	戦傷	老人	平成 年 月 日				
様						(〒 -)				
						世帯主 住所				
						氏名 (印)				
						電話				
下記の通りお届けします。										
事故発生日		平成 年 月 日		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		職業						
		フリガナ		続柄		性別		男・女		
		氏名		生年月日		(明・大・昭・平) 年 月 日				
第 三 者 に 関 す る 事 項	運 転 者		氏名		生年月日		(明・大・昭・平) 年 月 日			
			住所		(〒 -)					
			職業		電話		()			
	保 有 者		氏名		生年月日		(明・大・昭・平) 年 月 日			
			住所		(〒 -)					
			職業		電話		()			
			運転者との関係		本人・親族(続柄)・事業主・その他()					
	契 約 者		氏名		生年月日		(明・大・昭・平) 年 月 日			
			住所		(〒 -)					
			職業		電話		()			
			運転者との関係		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				
任意保険		有	保険会社		支店名		課名	担当者名		
		無	証書番号		電話番号 ()					
医療機関の所在地・名称(氏名)				傷病名		初診日		平成 年 月 日		
当初						保険診療		有 ・ 無		
						保険診療開始日		平成 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下さい。

1 事故状況報告書

2 本通事故証明書

3 合書等