様式第6(第　条関係)

第三者の行為による被害届

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害 | 精神 | 子ども | 母子 | 高齢 | 　 | 令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　(〒　　　―　　　)　　　　　 |
| 受給資格者　住　所　　　　　　　　　　　　　　　高　浜　市　長　　宛　　下記のとおり届けます。　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印電　話（　　　）　　　－ |
| 事故発生日 | 　　　　　年　　　月　　　日　午　前・後　　　　時　　　分頃 | 事故発生場所 | 　 |
| 受給者証番号・医療証番号 | 社保・国保の保険者名 | 事故原因と状況 | 　 |
| 　 | 　 |
| 被害者名(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 | 明・大・昭・平・令年　　月　　日 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令年　　月　　日 |
| 第三者(加害者)に関する事項 | 加害者(運転者) | 氏名 | 　 |
| 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　　)・専業主・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 | 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　この届に次の書類を添付して提出してください。

　　　　1　交通事故証明書　　2　事故発生状況報告書　　3　委任状

　　　　4　委任状兼同意書(被害者)　　　5　誓約書(加害者)