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)