

第 三 者 行 為 に よ る 被 害 届

元 気 っ 子	障 害	母 子	精 神	マ ル 福	令和 年 月 日										
碧南市長 様					受給者 住所(〒 -)										
					氏名					印					
					電話 ()										
下記のとおりお届けします。															
事故発生日		令和 年 月 日			事故発生 午(前・後) 時 分頃		事故発生 場 所								
事 故 原 因 と 状 況															
被 害 者 名		受給者番号					性 別		男 女		職 業				
		フリガナ													
		氏 名					生 年 月 日				(大・昭・平・令)		年 月 日		
		保険者番号					保 険 者 名								
		記号・番号					被 保 険 者 氏 名								
第 三 者 に 関 す る 事 項	相 手 方 (運 転 者)		氏 名					生 年 月 日		(大・昭・平・令)		年 月 日			
			住 所												
			職 業					電 話		()					
	保 有 者 (契 約 者)		氏 名					生 年 月 日		(大・昭・平・令)		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 責 保 険		有		保 険 社					証 明 書 番 号					
			無												
	任 意 保 險		有		保 険 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					傷 病 名			初 診 日		令和 年 月 日					
当 初								保 険 診 療		有 ・ 無					
								保 険 診 療 開 始 日		令和 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. 事故発生状況報告書 2. 交通事故証明書 3. 念書(同意書)等