

第三者行為による被害届

令和 年 月 日

(〒 - )

碧南市長

様

世帯主(被保険者)

住所

氏名

電話

下記の通りお届けします

事故発生日	年 月 日 午(前・後) 時 分	事故発生 場所				
労災保険対象の確 認	<input type="checkbox"/>	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)				
被害者名 (被保険者名)	被保険者証 記号・番号		個人番号			
	フリガナ		職業			
	氏 名		続柄			
			生年月日	( 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 ) 年 月 日		
第 三 者 に 関 す る 事 項	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	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( )			
	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	保険会社		証 明 書 番 号	
無						
任 意 保 険 (対人)	有	保険会社		支 店 名	課 名	
	無	証券番号			担 当 者 名	
				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			
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。

- 委任状
- 事故発生状況報告書
- 交通事故証明書
- 念書等