

第三者の行為による被害届

<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(〒 ー )</p> <p>蒲郡市長 殿 受給者 住所 氏名 電話 ㊟</p> <p>下記のとおりお届けします。</p>										
事故発生日		年 月 日 午(前・後) 時 分			事故発生場所					
受給者番号・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 (受給者名)		保険証 記号・番号			職業					
		フリガナ			続柄		性別		男・女	
		氏名			生年月日		年 月 日			
第 三 者 に 関 す る 事 項	運 転 者		氏名			生年月日		年 月 日		
			住所			(〒 ー )				
			職業			電話		( )		
	保 有 者		氏名			生年月日		年 月 日		
			住所			(〒 ー )				
			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		年 月 日		
			住所			(〒 ー )				
			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 無	保 険 会 社			証 明 書 番 号			
任 意 保 険 (対人)		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		年 月 日		
当 初		-----			保 険 診 療		有 ・ 無			
		-----			保 険 診 療 開 始 日		年 月 日			
転 医 後		-----			診 療 見 込 期 間					
		-----			診 療 見 込 金 額		円			

注意 この届出書に次の書類を添付して提出して下さい。

- 1 委任状兼同意書    2 事故発生状況報告書    3 交通事故証明書    4 念書等