

第三者の行為による被害届

|   |                |                     |             |               |                       |                      |       |         |         |  |
|---|----------------|---------------------|-------------|---------------|-----------------------|----------------------|-------|---------|---------|--|
| 年 月 日                                     |                | (〒 ー )              |             | 蒲郡市長 殿        |                       | 受給資格者 住所<br>氏名<br>電話 |       |         |         |  |
| 下記のとおりお届けします。                             |                |                     |             |               |                       |                      |       |         |         |  |
| 事故発生日                                     |                | 年 月 日<br>午(前・後) 時 分 |             | 事故発生<br>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<br>と 状 況 |                       |                      |       |         |         |  |
| 被害者名<br>(子ども名)                            |                | 被保険者等の<br>記号・番号     |             | 職 業           |                       |                      |       |         |         |  |
|   |                | フリガナ                |             | 続 柄           |                       |                      |       |         |         |  |
|   |                | 氏 名                 |             | 生 年 月 日       |                       | 年 月 日                |       |         |         |  |
| 第<br>三<br>者<br>に<br>関<br>す<br>る<br>事<br>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                   |                      | ( )   |         |         |  |
|   | 契 約 者          |                     | 運 転 者 と 関 係 |               | 本人・親族(続柄 )・事業主・その他( ) |                      |       |         |         |  |
|   |                |                     | 氏 名         |               | 生 年 月 日               |                      | 年 月 日 |         |         |  |
|   |                |                     | 住 所         |               | (〒 ー )                |                      |       |         |         |  |
|   | 自 賠 責 險<br>有 無 |                     | 保 險 会 社     |               | 証 明 書 番 号             |                      |       |         |         |  |
|   |                |                     | 有 保 險 会 社   |               | 支 店 名                 |                      | 課 名   |         | 担 当 者 名 |  |
|   |                |                     | 無 証 券 番 号   |               | 電 話                   |                      | ( )   |         |         |  |
| 任意保険<br>(対人)                              |                | 有 保 險 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 險 診 療       |                       | 有 ・ 無                |       |         |         |  |
|   |                |                     |             | 保 險 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