

第三者の行為による被害届

年 月 日		(〒 ー )		蒲郡市長 殿		受給者 住所 氏名 電話					
下記のとおりお届けします。											
事故発生日		年 月 日 午(前・後) 時 分		事故発生 場 所							
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 (子ども名)		被保険者等の 記号・番号		職 業							
		フリガナ		続 柄							
		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 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 関 係		本人・親族(続柄 )・事業主・その他( )						
	自 賠 責 險		有 無		保 險 会 社		証 明 書 番 号				
任 意 保 險 (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