

第三者の行為による被害届

年 月 日 ( 千 一 ) 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 分 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)		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			( 千 一 )					
			職業			電話		( )			
	保有者		氏名			生年月日		年 月 日			
			住所			( 千 一 )					
			職業			電話		( )			
	契約者		運 転 者 と 係 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			( 千 一 )					
	自賠責保険		有			証明書番号					
			無			保険会社					
			任意保険(対人)		有			支店名		課名	
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