

第三者の行為による被害届

蒲郡市長 殿		(〒 ー ) 受給者 住所 (家族等)氏名 電話		年 月 日	
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 (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	(〒 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	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	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