

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 (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 險 保 險	有	保 險 会 社	証 明 書 番 号		
	無				
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