

第三者の行為による被害届

蒲郡市長		殿		年 月 日		(〒 ー )		
		受給者 (家族等)		住所 氏名		受給者との続柄( )		
				電話				
下記のとおりお届けします。								
事故発生日		年 月 日		事故発生場所				
		午(前・後) 時 分						
受給者番号		保険者名		事故原因と状況				
被害者名 (受給者名)		被保険者番号		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			
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