

様式第2号(第4条関係)

第三者行為による被害届

令和 年 月 日					
(〒 - -)					
世帯主(被保険者) 住所 東浦町大字 字					
東浦町長 様 氏名 ㊞					
電話					
下記の通りお届けします。					
事故発生日	令和 年 月 日 午(前・後) 時 分	事故発生場			
事故原因と状況					
第三者に 関する 事項	被害者名 (被保険者名)	被保険者証 記号・番号	職業		
	フリガナ		続柄		性別 男・女
	氏名		生年 月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日	
	運転者	氏名	生年 月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日	
		住所	(〒 - -)		
		職業	電話	()	
	保有者	氏名	生年 月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日	
		住所	(〒 - -)		
		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	(明・大・昭・平・令) 年 月 日		
	住所	(〒 - -)			
	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 任意保険(対人)	有	保険会社	証明書番号		
	無				
	有	保険会社	支店名	課名	担当者名
	無		証券番号		
医療機関の所在地・名称(氏名)	傷病名	初診日	令和 年 月 日		
当初			保険診療	有・無	
			保険診療開始日		
転医後			診療見込期間		
			診療見込金額	円	

注意 この申請書に次の書類を添付して提出して下さい。

1. 委任状
2. 事故発生状況報告書
3. 交通事故証明書
4. 念書等