

第三者行為による被害届

令和 年 月 日											
(〒 -)											
東浦町長 様			世帯主(被保険者)		住所 東浦町大字 字						
								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			事故発生所						
事故原因と状況											
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					
第 三 者 に 関 す る 事 項	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		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	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