

第三者行為による被害届

平成 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		平成 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) 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) 年 月 日				
			住所			(〒 -)					
			職業			電話		()			
	保 有 者		氏名			生年月日	(明・大・昭・平) 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) 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 無	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	平成 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