

第三者行為による被害届

年 月 日

豊明市長 殿

申請者 住 所  
氏 名  
電 話

次のとおり届け出ます。

事故発生日時	年 月 日 時 分	事故発生 場所				
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	年 月 日		
第 三 者 に 関 す る 事 項	加 害 者	氏名		生年月日	年 月 日	
		住所				
		職業		電話		
	保 有 者	氏名		生年月日	年 月 日	
		住所				
		職業		電話		
		加害者 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				
		職業		電話		
		加害者 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	年 月 日	
当 初				保険診療	有 ・ 無	
				診療開始日	年 月 日	
転医後				診療見込時間		
				診療見込金額	円	