

第三者行為による被害届

子ども	障害	父子	母子	高後 年齢 者期					年 月 日	
									(〒 ー)	
(あて先)愛西市長					受給者 住所					
					氏名				電話	
下記のとおりお届けします。										
事故 発生日		年 月 日 午(前・後) 時 分頃			事故発生 場所					
受給者番号・医療証番号			社保・国保の保険者名		事故原因 と状況					
被害者名 (受給者名)		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 加害者 に 関 する 事 項	加害者 (運転者)		氏名		生年月日		年 月 日			
			住所		(ー)					
			職業		電話		()			
	保有者 (契約者)		氏名		電話		()			
			住所		(ー)					
			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 無		保険会社		証明書 番号				
任意 保険		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 この申請書に次の書類を添付して提出してください。

- 1 事故発生状況報告書
- 2 交通事故証明書
- 3 念書(被害者)