

記入例

第三者行為による被害届

子とも 障 害 父 子 母 子 高 後 齢 者 期		平成XX年XX月XX日 (〒XXX-XXXX)		
(あて先)愛西市長  下記のとおりお届けします。		受給者 住所 ○○市△△町□番地  氏名 被害 太郎 電話 XXXX-(XX)-XXXX	〇〇市△△町□番地  ⑩	
事 故 発 生 日	平成XX年XX月XX日 午(前・後) XX時XX分頃	事故発生 場 所	〇〇市△△町□番地	
受給者番号・医療証番号 XXXX XXXX	社保・国保の保険者名 XXXX XXXX	事故原因 と 状 況	交差点で、出会い頭に衝突した。	
被 害 者 名 (受給者名)	被保険者証 記号・番号 フリガナ	XXXX XXXX ヒガイ タロウ	職 業 続 柄	
	氏 名	被害 太郎	本人 性別 男・女	
	生年月日	平成XX年XX月XX日		
第 三 者 加 害 者 に 関 する 事 項	加 害 者 (運 転 者)	氏 名 住 所 職 業	加害 次郎 (〒XXX-XXXX) 〇〇市△△町□番地 会社員 電 話 XXXX-(XX)-XXXX	
	保 有 者 (契 約 者)	氏 名 住 所 加 害 者 と の 関 係	同 上 ( ) 本人・親族(続柄) )・事業主・その他( )	
	自 賠 責 保 険 有 無	保 險 会 社	東海損害保険 証 明 書 番 号 XXXX XXXX	
	任 意 保 険 有 無	保 險 会 社 証 券 番 号	支 店 名 課 名 担 当 者 名 電 話 ( )	
	医 療 機 関 の 所 在 地 ・ 名 称 (氏 名)	傷 病 名	初 診 日 保 險 診 療 保 險 診 療 開 始 日	平成XX年XX月XX日 有・無 平成XX年XX月XX日
	当 初 〇〇市△△町□番地 〇〇病院	左手首捻挫 同 上	診 療 見 込 期 間 診 療 見 込 金 額	2ヵ月 未定 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)