

様式第21 (第18条関係)

第三者行為による被害届

知立市長 様		令和〇〇年 △△月 ××日				
世帯主 住所		知立市広見三丁目1番地				
氏名		知立 太郎				
電話		0566 — 83 — 1111				
下記のとおりお届けします。						
事故発生日	令和〇〇年 △△月 ××日 午(前・後) 10時10分頃	事故発生場所	〇〇市△△町××番地			
事故原因と状況	事故発生状況報告書のとおり					
被害者名 (被保険者名)	被保険者証の 記号番号	123—456	個人番号	1234 5678 9012		
	フリガナ	リュウ イチロウ	続柄	子		
	氏名	知立 一郎	生年月日	平成〇〇年△△月××日		
	職業	会社員	性別	男 ・ 女		
加害者 (運転者)	氏名	国保 次郎	生年月日	昭和〇〇年△△月××日		
	住所	(〒XXX—XXXX) 〇〇市△△町××番地				
	職業	会社員	電話	XXXX — XX — XXXX		
保有者 (契約者)	氏名	国保 一夫	電話	XXXX — XX — XXXX		
	住所	(〒XXX—XXXX) 〇〇市△△町××番地				
	加害者との 関係	本人・親族(続柄 父) ・ 事業主 ・ その他()				
自賠責 保険	有	〇〇火災海上保険株式会社	証 明 書 番 号	T-12-123456-78		
	無					
任意 保険	有	保険会社	××損害保険株式会社	支店名	課名	担当者名
	無	証券番号	111 222 333 444	名古屋	第一サービス課	〇〇 △△
電話	XXX — XXX — XXXX					
医療機関の所在地・名称(氏名)		傷病名	初診日	令和〇〇年△△月××日		
当初	〇〇市△△町××番地		背部挫傷	国保診療	有 ・ 無	
	国保総合病院			国保診療 開始日	令和〇〇年△△月××日	
転 医 後			診療見込期間	6ヵ月		
			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 交通事故証明書 | 2 事故発生状況報告書 | 3 示談書の写し |
| 2 委任状 | 5 念書(被害者) | 6 誓約書(加害者) |