

第三者行為による被害届

年　月　日
(　　—　　)

様

受給者住所
氏名
電話(　　　)⑨

下記のとおりお届けします。

事　故		年　月　日		事故発生											
発生日		午（前・後）		時　分頃		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)		被保険者証 番号・記号				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		(　　—　　)										
			職　業				電　話		(　　　)						
	保有者 (契約者)		氏　名				電　話		(　　　)						
			住　所		(　　—　　)										
			加害者 との関係		本人・親族（続柄　　　　　　　）・事業主・その他（　　　　　　　）										
	自賠責 保　險		有 無		保険会社				証明書番号						
	任　意 保　險		有 無		保険会社				支店名		課　名		担当者名		
					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 この届書に次の書類を添付してください。

- 1 交通事故証明書 2 事故発生状況報告書 3 委任状 4 念書（兼同意書）
5 誓約書（加害者） 6 委任状兼同意書