

第三者行為による被害届

××年××月××日							
美浜町長 様		世帯主 住 所 美浜町××番地 氏 名 美浜 一郎 電話番号 ××××-××-××××					
次のとおり届出します。							
事 故 発 生 日	××年××月××日		事故発生 場 所	美浜町××番地			
事 故 原 因 と 状 況	交差点を直進しようとしたとき、前方から相手車が来て衝突した。						
被 害 者 名 (被保険者名)	被保険者証 記号番号	××××××××		職 業	会社員		
	フリガナ	ミハマ タロウ		続 柄	子 性別 男		
	氏 名	美浜 太郎		生年月日	××年××月××日生		
	氏 名	美浜 太郎		個人番号	××××××××		
第 三 者 (加 害 者) (加害者)	加 害 者 (運転者)	氏 名	美浜 太郎		生年月日	××年××月××日生	
	保 有 者 (契約者)	住 所	美浜町××番地				
		職 業	会社員		電話番号	××××-××-××××	
	自 賠 責 保 険	有	保 險 会 社	〇〇損害保険		証 明 書 番 号	×××××××××
		無					
	任 意 保 険	有	保 險 会 社	△△損害保険		支 店 名	課 名 担当 者名
無		証 券 番 号	×××××		美浜支店	〇〇課 損保 太郎	
医療機関の所在地・名称(氏名)		傷 病 名	初 診 日		××年××月××日生		
当 初	美浜町××番地		捻挫	国保診療	(有) ・ 無		
	美浜病院			国保診療 開始 日	××年××月××日		
転 医 後	美浜町××番地		同上	診療見込期間	2 か月		
	美浜整形外科			診療見込金額	未定		

注意 この届出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
 4 委任状 5 念書 (被害者) 6 誓約書 (加害者)