

第三者行為による被害届

美浜町長様										年 月 日					
住所															
受給資格者 氏名															
電話番号															
次のとおり届出します。															
事故発生日		年 月 日 午(前・後) 時 分				事故発生場所									
事故原因と状況															
被害者氏名 (受給対象者)		被保険者証 記号番号						職 業							
								続 柄							
		フリガナ						個人番号							
		氏 名						生年月日		年 月 日生					
第 三 者 に 関 する 事 項	運転者		氏 名						生年月日		年 月 日生				
			住 所		(〒 -)										
			職 業						電話番号						
	保有者		氏 名						生年月日		年 月 日生				
			住 所		(〒 -)										
			職 業						電話番号						
			運転者との関係		本人 ・ 親族 (続柄) ・ 事業主 ・ その他 ()										
	契約者		氏 名						生年月日		年 月 日生				
			住 所		(〒 -)										
			職 業						電話番号						
			運転者との関係		本人 ・ 親族 (続柄) ・ 事業主 ・ その他 ()										
	自賠償保険		有 無	保険会社						証明書 番 号					
	任意保険 (対 人)		有	保険会社						支店名		課名		担当者名	
			無	証券番号						電話番号					
	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					
								国保診療 開始日		年 月 日					
転医移								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ください。
1 事故発生状況報告書 2 交通事故証明書 3 委任状兼同意書