

第三者行為による被害届

子ども	障害	父子	高後 年齢 者期				年 月 日		
				(〒 ー )					
(あて先)愛西市長				受給者 住所			氏名		
下記のとおりお届けします。				電話			( ) ㊟		
事故 発生日	年 月 日 午(前・後) 時 分頃			事故発生 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 (受給者名)		被保険者証 記号・番号		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		( ー )				
			職 業		電 話			( )	
	保有者 (契約者)		氏 名		電 話			( )	
			住 所		( ー )				
			加害者 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	有	保険会社			支店名		課 名		担当者名
	無	証券番号			電 話		( )		
当 初	医療機関の所在地・名称(氏名)			傷 病 名			初 診 日		年 月 日
	-----			-----			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)