

様式第14 (第15条関係)

第三者行為による被害届

|   |                     |        |                        |                 |           |  |
|---|---------------------|--------|------------------------|-----------------|-----------|--|
| 常滑市長 様                                    |                     | 世帯主 住所 |                        | 年 月 日<br>(〒 - ) |           |  |
| 氏名  |                     | 氏名     |                        | Ⓜ               |           |  |
| (個人番号                                     |                     | (個人番号  |                        | )               |           |  |
| 電話  |                     | 電話     |                        |                 |           |  |
| 下記のとおりお届けします。                             |                     |        |                        |                 |           |  |
| 事故発生日                                     | 年 月 日<br>午(前・後) 時 分 | 事故発生場所 |                        |                 |           |  |
| 事故原因と状況                                   |                     |        |                        |                 |           |  |
| 被害者名<br>(被保険者名)                           | 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           |           |  |
|   | 個人番号                | .....  |                        |                 |           |  |
| 第三者<br>加害者)<br>に<br>関<br>す<br>る<br>事<br>項 | 運転者<br>(加害者)        | 氏名     |                        | 生年月日            | 年 月 日     |  |
|   |                     | 住所     | (〒 - )                 |                 |           |  |
|   |                     | 職業     |                        | 電話              | ( )       |  |
|   | 保有者                 | 氏名     |                        | 生年月日            | 年 月 日     |  |
|   |                     | 住所     | (〒 - )                 |                 |           |  |
|   |                     | 職業     |                        | 電話              | ( )       |  |
|   | 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     |  |
|   |                     | 住所     | (〒 - )                 |                 |           |  |
|   |                     | 職業     |                        | 電話              | ( )       |  |
|   | 運転者との関係             |        | 本人・親族(続柄 )・事業主・その他 ( ) |                 |           |  |
|   | 自賠責<br>保            | 有      | 保険会社                   |                 | 証明書<br>番号 |  |
| 無   |                     |        |                        |                 |           |  |
| 任意保険<br>(対人)                              | 有                   | 保険会社   |                        | 支店名             | 課名        |  |
|   | 無                   | 証券番号   |                        |                 | 担当者名      |  |
| 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  | -----               |        | 国保診療                   |                 | 有・無       |  |
|   | -----               |        | 国保診療<br>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. 委任状 2. 事故発生状況報告書 3. 交通事故証明書 4. 念書等