

第三者行為による被害届

年 月 日		(〒 -)		世帯主 住所			
常滑市長 様				氏名 電話			
下記のとおりお届けします。							
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							
被害者名 (被保険者名)	被保険者証 記号・番号			職 業			
	フリガナ			続 柄	本人 性別 男・女		
	氏 名			生年月日	(昭・平) 年 月 日		
第 三 者 に 関 す る 事 項	運 転 者	氏 名			生年月日	(昭・平) 年 月 日	
		住 所	(〒 -)				
		職 業			電 話		
	保 有 者	氏 名			生年月日	(昭・平) 6年 9月 16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	(昭・平) 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()				
	自賠償 保 険	有	保険会社			証明書 番 号	
無							
任意保険 (対人)	有	保険会社			支 店 名	課 名	担 当 者 名
					岡崎 SC		
	無	証券番号			電 話 0564-22-2666		
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	平成 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