

[記入例]

第三者行為による被害届

年 月 日

(〒 491 - 8501)

世帯主(被保険者)住所 一宮市町本町2丁目5番6号

一宮市 御中

世帯主(被保険者)氏名 被害 太郎

印

下記の通りお届けします。

電話 0586 (28) 9011

事故発生日時	令和 ●年 ●月 ●日	事故発生場所	一宮市本町2丁目付近の交差点				
	午(前)後) ●時 ●分	事故原因と状況	信号のない交差点において、出会い頭に衝突した。				
被害者名 (被保険者名)	被保険者証 記号・番号	1234567	職業	自営業			
	フリガナ	ヒガイ ハナコ	続柄	妻	性別 男・女		
	氏名	被害 花子	生年月日	(昭・平・令) ◎年 ◎月 ◎日			
	個人番号	◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎					
第 三 者 に 関 す る 事 項	運 転 者	氏名	加害 次郎	生年月日	(大・昭・平・令) ○年 ○月 ○日		
		住所	(〒 -) ○○○○○○○○○○	職業	○○○	電話	○○○○ (○○) ○○○○
	相 手 方	氏名	△△ △△	生年月日	(大・昭・平・令) △年 △月 △日		
		住所	(〒 -) △△△△△△△△△△	職業	△△△	電話	△△△△ (△△) △△△△
	保 有 者	運 転 者 との関係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()				
		氏名	□□ □□	生年月日	(大・昭・平・令) □年 □月 □日		
	契 約 者	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()				
	相 手 方 の 保 険 会 社	自賠責保険	(有)・無	保険会社	〇〇保険会社	証明書 番号	〇〇〇〇〇〇
		任意保険 (対人)	(有)・無	保険会社	証券番号	支店名	課名
			××保険会社	×××××	××支店	××課	××××
医療機関の所在地・名称(氏名)		傷病名	初診日	令和 ●年 ●月 ●日			
当初	〇〇病院	左手首捻挫	保険診療	(有)令和 ●年 ●月 ●日~)・無			
転院後	◎◎整形外科	同上	診療見込期間				

注意 この申請書に次の書類を添付して提出して下さい。

1. 事故発生状況報告書 2. 念書等 3. 交通事故証明書

番号

福祉
医療