

第三者行為による被害届

年 月 日						
(〒 -)						
世帯主(被保険者) 住所						
一宮市 御中						
世帯主(被保険者) 氏名						
(印)						
下記の通りお届けします。 電話 ()						
事故発生日時	年 月 日		事故発生場所			
	午(前・後) 時 分		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		性別	男・女
	氏 名		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	生年 月 日	(大・昭・平・令) 年 月 日		
		住 所	(〒 -)			
		職 業	電 話	()		
	保 有 者	氏 名	生年 月 日	(大・昭・平・令) 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	(大・昭・平・令) 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()			
	自賠責保険	有・無	保 險 会 社	証 明 書 番 号		
任 意 保 險 (対人)	有・無	保 險 会 社	証 券 番 号	支 店 名	課 名	担 当 者 名
医療機関の所在地・名称(氏名)			傷 病 名	初 診 日	年 月 日	
当 初				保 險 診 療	有(年 月 日~)・無	
転院後				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