

第三者行為による被害届

子ども	障害	母子	精神	後期	平成 年 月 日					
					(〒 -)					
扶桑町長 様					受給者	住所				
						氏名 (印)				
						電話 ()				
下記のとおりお届けします										
事故発生日		平成 年 月 日 分 午(前・後)			事故発生所					
受給者証番号		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		(明・大・昭・平) 年 月 日		
第三 者 に 関 す る 事 項	加害者 (運転者)		氏名				生年月日		(明・大・昭・平) 年 月 日	
			住所		(〒 -)					
			職業				電話		()	
	保有者 (契約者)		氏名				生年月日		(明・大・昭・平) 年 月 日	
			住所		(〒 -)					
			職業				電話		()	
			加害者との関係		本人・親族(続柄)・事業主・その他()					
	自賠責 保険		有		保険会社		証明書 番号			
			無							
	任意保険		有		保険会社		支店名		課名	
無			証券番号		電話		()			
医療機関の所在地・名称(氏名)					傷病名		初診日		平成 年 月 日	
当初							保険診療		有 ・ 無	
							保険診療 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下さい。

1. 委任状兼同意書
2. 事故発生状況報告書
3. 交通事故証明書
4. その他参考となる資料