

第三者行為による被害届

蟹江町長殿		世帯主住所(〒 -)		平成 年 月 日	
		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	午(前・後)	時 分頃	事故発生場所	
事故原因と状況					
被害者名 (被保険者)	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 加害者 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		電話	()
		住所	(〒 -)		
		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 担当者名	
	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 2. 事故発生状況報告書 3. 交通事故証明書
 4. 念書(被害者) 5. 誓約書(加害者) 6. 示談書の写し