

第三者行為による被害届

					世帯主の個人番号				
子ども	精神	障害	母子	マル福	令和 年 月 日				
(〒 —) 受給者住所 (世帯主) みよし市長 殿 氏名 (印) 電話 () 下記のとおりお届けします。									
事故発生場所		年 月 日 午(前・後) 時 分頃			事故発生場所				
受給者番号・医療証番号		社保・国保の保険者名			事故原因と状況				
被害者名(受給者)		被保険者証記号・番号			職業				
		個人番号			続柄		性別		男・女
		氏名			生年月日		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		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 無	保険会社			証明書番号				
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		年 月 日	
当初						保険診療		有・無	
						保険診療開始日		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. 事故発生状況報告書
2. 交通事故証明書
3. 念書(被害者)
4. 誓約書(加害者)等