

第三者行為による被害届

子ども	障害	母子	精神	年 月 日			
				受給者 (〒 -)			
(宛先) 西尾市長				住所 氏名 親権者 電話			
第三者行為による被害があったので、次のとおり届け出ます。							
事故発生日		年 月 日 午(前・後) 時 分頃		事故発生場所			
医療受給者番号		社保・国保の保険者名		事故原因			
				と状況			
被害者名 (受給者名)		被保険者記号番号		職業			
		フリガナ		続柄		本人	
		氏名		生年月日		年 月 日	
第三者に関する事項	運転者		氏名		生年月日		年 月 日
			住所		〒		
			職業		電話番号		
	保有者		氏名		生年月日		年 月 日
			住所		〒		
			職業		電話番号		
			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		年 月 日
			住所		〒		
			職業		電話番号		
			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	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		電話番号		
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.交通事故証明書

2.事故発生状況報告書

3.委任状兼同意書