

第 三 者 の 行 為 に よ る 被 害 届

年 月 日

豊橋市長 様

届出者 住所 豊橋市

氏名

電話 ー

下記のとおり第三者の行為による被害がありました。

記

事 故 日	午 (前・後)	年 月 日	時 分 頃	事 故 発 生 場 所					
受 給 者 番 号	保 険 者 の 名 称			事 故 原 因 と 状 況					
受 給 者 (被害者)	被 保 険 者 等 号 記 号 ・ 番 号				職 業				
	フリガナ				被 保 険 者 又 は 世 帯 主 と の 続 柄				
	氏 名				生 年 月 日	(昭・平・令) 年 月 日			
	住 所								
第 三 者 (加 害 者) (加 害 者) に 関 する 事 項	加 害 者 (運 転 者)	氏 名				生 年 月 日	(昭・平・令) 年 月 日		
		住 所							
		職 業				電 話	ー		
	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 險	有 無	保 険 会 社				証 明 書 番 号			
	任 意 保 險	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 この届出に次の書類を添付して提出してください。

1. 委任状 2. 事故発生状況報告書 3. 交通事故証明書