

第三者行為による被害届

令和 年 月 日					
子ども	障害				
母子	精神				
瀬戸市長 様 <div style="text-align: center;">世 帯 主 住 所 瀬戸市 氏 名 電 話</div>					
下記のとおり届け出ます。					
事故発生日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃	事故発生場所			
受給者・医療証番号	保 険 者	事故原因と状況			
	瀬戸市				
被害者名	被保険者証番号	職 業			
	フリガナ	続 柄	性 別		
	氏 名	生年月日	(昭・平・令) 年 月 日		
	個人番号				
第三者・加害者・に関する事項	加害者	氏 名	生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日	
		住 所	〒		
		職 業	電話番号		
	保有者	氏 名	電話番号		
		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	
			電話番号		
医療機関の所在地・名称		傷 病 名	初診日	令和 年 月 日	
当 初			国保診療	有 ・ 無	
			国保診療開始日	令和 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、提出してください。
 ①事故発生状況報告書 ②交通事故証明書 ③念書(被害者)