

# 第三者行為による被害届

届出日 平成 年 月 日

大鰐町長 殿

| 項 目  | 内 容              |                       |                        |
|--|------------------|-----------------------|------------------------|
| (受診者)<br>被害者   | 氏名／被保険者番号／性別     | ふりがな<br>氏名 印          | 被保険者番号<br>男・女          |
|  | 続柄／生年月日／年齢       | 届出者との関係               | 年 月 日 歳                |
|  | 住所／電話番号          | 〒                     | TEL ( )                |
|  | 備 考              |                       |                        |
| (第三者)<br>加害者   | 氏名／性別／年齢         | ふりがな<br>氏名            | 男・女 歳                  |
|  | 住所／電話番号          | 〒                     | TEL ( )                |
| 事故<br>状況   | 事故発生日時           | 年 月 日 午前・午後 時 分頃      |                        |
|  | 事故発生場所           |                       |                        |
| 自賠責<br>保険<br>(加害者)   | 保険会社名            |                       |                        |
|  | 保険契約者名           | ふりがな<br>氏名            |                        |
|  | 登録番号             |                       |                        |
|  | 車台番号             |                       |                        |
|  | 保険期間／自賠責番号       | 保険期間<br>年 月 日 ~ 年 月 日 | 自賠責番号                  |
| 任意<br>保険<br>(加害者)  | 保険会社名            |                       |                        |
|  | 取扱店所在地／電話番号      | 〒                     | TEL ( )                |
|  | 担当者名／E-mail      | ふりがな<br>氏名            | E-mail                 |
|  | 保険契約者名           | ふりがな<br>氏名            |                        |
|  | 住 所              | 〒                     |                        |
|  | 保険期間／契約番号        | 保険期間<br>年 月 日 ~ 年 月 日 | 契約番号                   |
|  | 任意対人一括の有無        | 有 ・ 無                 |                        |
| 被害者加入の保険会社関与の有無 (注)  | 有・無              | 保険会社名・担当者名            | TEL ( )                |
| 治療<br>状況   | 診療機関名／治療開始日／電話番号 | 診療機関名                 | 治療開始日 年 月 日<br>TEL ( ) |
|  | 所在地              | 〒                     | 入院の有無 有・無              |
|  | 診療機関名／治療開始日／電話番号 | 診療機関名                 | 治療開始日 年 月 日<br>TEL ( ) |
|  | 所在地              | 〒                     | 入院の有無 有・無              |
| <p><b>本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。</b><br/>                     (注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入してください。<br/>                     (自賠責共済、任意共済の場合には、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容を記載してください。)</p> |                  |                       |                        |