

第三者行為による被害届

令和 年 月 日

名古屋市食品国民健康保険組合理事長 様

(〒 -)

住所

氏名

電話

()

番

下記のとおり届けします。

事故発生日	令和 年 月 日 午(前・後) 時 分頃	事故発生場所			
事故原因と状況					
被害者名 (被保険者名)	被保険者記号・番号	職業			
	フリガナ	続柄	性別	男・女	
	氏名	生年月日	(昭・平・令) 年 月		
第三者(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	
		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・名所(氏名)		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	
転移後			診療見込期間		
			診療見込み金額	円	

注意 この申請書に次の書類を添付して提出してください。

- 1 交通事故証明書
- 4 念書(被害者)

- 2 事故発生状況報告書
- 5 承諾書(被害者)

- 3 示談書の写し
- 6 誓約書(加害者)