|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当課長 | 課長補佐 | 係　長 | 主　任 | 係 |
|  |  |  |  |  |

第三者行為による被害届

様式第２４号（第１９条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事故発生日 | | | 年　　　月　　　日  午（前・後）　　時　　　分 | | | | | | 事故発生  場所 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 事故原因と状況 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被害者名  （被保険者名） | | | 被保険者証  記号・番号 | |  | | | | | | | 職　　業 | | | | | | |  | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | 続柄 | | |  | | | | | 性別 | | | | 男・女 | |
| 氏名 | |  | | | | | | | 生年月日 | | | | |  | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  | |  |  | |  |  | |  |  | | | |  |  | |  | |  | |  |
| 第三者に関する事項 | 運転者 | | | 氏名 |  | | | | | | | 生年月日 | | | | |  | | | | | | | | |
| 住所 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職業 |  | | | | | | | 電話 | | | | |  | | | | | | | | |
| 保有者 | | | 氏名 |  | | | | | | | 生年月日 | | | | |  | | | | | | | | |
| 住所 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職業 |  | | | | | | | 電話 | | | | |  | | | | | | | | |
| 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 | | | | |  | | | | | | | | |
| 住所 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職業 |  | | | | | | | 電話 | | | | |  | | | | | | | | |
| 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 | | | | |  | | | | | | | | |
| 無 | |
| 任意保険（対人） | 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 | | | | |  | | | | | | | | |
| 当初 |  | | | | |  | | | | | | 保険診療 | | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | |
|  | | | | | 国保診療  開始日 | | | | |  | | | | | | | | |
| 転医後 |  | | | | |  | | | | | | 診療見込期間 | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | 診療見込金額 | | | | | | | | 円 | | | | | |
| 上記のとおり届けます。  住所  氏名  愛知県海部郡飛島村  　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　飛 島 村 長 殿　　　 　　　　 電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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．委任状　　２．事故発生状況報告書　　３．交通事故証明書　　４．念書等