|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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