

様式第16 (第18条関係)

第三者行為による被害届

年 月 日										
(〒 ー)										
世帯主 住所										
大口町長 様										
氏名 (印)										
電話 ()										
下記のとおりお届けします。										
事故発生日		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)		被保険者証記号・番号			職業					
		フリガナ			続柄		性別		男・女	
		氏名			生年月日		年 月 日			
		個人番号								
第三者(加害者)に関する事項	加害者 (運転者)		氏名			生年月日		年 月 日		
			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		保険会社			証明書番号		
			無							
	任意保険		有		保険会社			支店名		
			無		証券番号			課名		
					電話		()			
					担当者名					
医療機関の所在地・名称(氏名)				傷病名		初診日		年 月 日		
当初					国保診療		有 ・ 無			
					国保診療開始日		年 月 日			
転医後					診療見込期間					
					診療見込金額		円			

(届出人) 住所 _____
 氏名 _____ 世帯主との続柄 _____