

第 三 者 行 為 に よ る 被 害 届

子 ど も	障 害	母 子			住所 (〒) 豊橋市		年 月 日	
豊橋市長様			届出者 氏名					
			電話 ー					
下記のとおり第三者の行為による被害がありました。								
記								
事 発 生 日	午 (前・後)	年 月 日	時 分 頃	事 故 発 生 場				
受 給 者 番 号		保険者の名称		事 故 原 因 と 状 況				
受 給 者 (被害者)	被 保 険 者 証 号 記 号 ・ 番 号			職 業				
	フリガナ			被保険者又は 世帯主との続柄				
	氏 名			生 年 月 日	(昭・平・令)	年 月 日		
	住 所							
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 日	
		住 所						
		職 業			電 話	ー		
	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 險	有 無	保 險 会 社			証 明 書 番 号			
		保 險 会 社			支 店 名	課 名	担 当 者 名	
	任 意 保 險	有	保 險 会 社					
		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	年 月 日		
当 初					保 險 診 療	有・無		
					保 險 診 療 開 始 日	年 月 日		
転 医 後					診 療 見 込 期 間			
					診 療 見 込 金 額	円		

注意 この届出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