

様式第5(第12条関係)

第三者行為による被害届

年 月 日		(あて先) 北名古屋市長		住 所		受給者 氏 名		電 話		㊟
下記のとおり届け出ます。										
事 故 発 生 日		年 月 日		事 故 発 生 場 所						
受給者番号・医療証番号		社 保 ・ 国 保 の 保 険 者 名		事 故 原 因 と 状 況						
被 害 者 名 (受給者名)		被 保 険 者 証 記 号 番 号		職 業		続 柄		性 別		男 ・ 女
		フリガナ		生 年 月 日						
		氏 名		生 年 月 日		年 月 日		年 月 日		
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 番 号					
	保 有 者 (契 約 者)		氏 名		電 話 番 号					
			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	保 険 会 社		証 明 書 番 号						
		無								
	任 意 保 險	有	保 険 会 社		支 店 名		課 名		担 当 者 名	
			無		証 券 番 号		電 話 番 号			
医 療 機 関 の 所 在 地 ・ 名 称 (氏 名)			傷 病 名		初 診 日		年 月 日			
当 初					保 険 診 療		有 ・ 無			
					保 険 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 この届書に次の書類を添付して提出してください。

- 1 事故発生状況報告書
- 2 交通事故証明書
- 3 委任状兼同意書