

第三者行為による被害届

被保険者	住所	電話		世帯主氏名及び続柄	被保険者証の記号・番号		
	氏名(被害者) (生年月日)	大・昭・平 年 月 日生					
	被保険者の 個人番号						
	人身傷害 補償保険	有	火災海上保険株式会社(農業協同組合) 担当者名		/ 無		
事故の 状況	発生日時	平成	年	月	日 午前・午後 時 分頃		
	発生場所						
	別紙事故発生状況報告書のとおり						
第三者(加害者)関係	加害者	住所	電話				
		氏名	職業				
	使用者	所在地	所有者	住所			
		名称		氏名			
		代表者名		電話			
	自動車損害賠償責任保険	保険会社名	任意対人保険	保険会社名			
		証明書番号		証券番号			
示談の状況	成立した 成立しない 交渉中	損害賠償 の額	円	内 訳	医療費 円		
					その他 円		
診療(傷病)に関する事項	傷病名及び傷病の程度	初診日		平成 年 月 日			
		診療見込期間		自 月 日	至 月 日 日間		
		診療費見積額		万円			
		後遺症		残る・残らない			
		医療機関名及び医師名					
	医療機関の所在地		電話				

上記のとおりお届けいたします。

平成 年 月 日

世帯主
住所
氏名
個人番号

㊞

市町村長 様