

第三者の行為による被害届

※事故証明書(写)を添付してください。

被保険者	保険者番号		被保険者 記号・番号	波一	
	氏名		電話番号		
	生年月日	年 月 日			
	事故発生年月日				
	事故発生場所				
	病院名等	当初		転医後	
保険による診療		年 月 日から している・していない			入院・通院
事故の状況		事故発生状況報告書に図示		国保	退職(本・家)
相手方との契約		示談未済・示談成立(年 月 日)			
傷病者	徒歩・自転車・バイク・単車・乗用車(軽)・トラック(軽)				
相手方	自転車・バイク・単車・乗用車(軽)・トラック(軽)・バス・タクシー・その他				

相手方	氏名		年齢	職業	親権者名	
	住所			電話	—	
	勤務先			電話	—	
	使用者					
	交通事故 の場合	自賠責保険	(会社名	証明書番号)
		任意保険	(会社名	証券番号)
		任意担当者		電話		

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

(世帯主) 住所 京丹波町

氏名

京丹波町長 様