様式第１０号(第１７条関係)　　第三者行為による被害の届書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号番号 | | |  | | | | | (ふりがな)  被害者氏名 | | | |  | | | | |
| 福祉医療受給者番号 | | |  | | | | |
| 世帯主との続柄 | | |  | | | | | 年　　月　　日生 | | | | | | | | |
| 事故発生の年月日 | | | 年　　月　　日　午前・午後　　時　　分頃 | | | | | | | | | | | | | |
| 事故発生場所 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 第三者行為に関する事項 | 加害者 | 住所 |  | | | | | | | | | | 電話 |  | | |
| (ふりがな)氏名 |  | | | | | | | | | | 職業 |  | | |
| 使用者 | 住所 |  | | | | | | | | | | 電話 |  | | |
| (ふりがな)氏名 |  | | | | | | | | | | 職業 |  | | |
| 登録番号又は車両番号 | |  | | | | | | | | | | 車台番号 |  | | |
| 自動車損害賠償責任保険 | | 有無 | | 保険会社名 | |  | | | | | | 担当 |  | | |
| 証明書記号番号 | |  | | | | | | 所有者氏名 |  | | |
| 自動車普通保険  (任意保険) | | 有無 | | 保険会社名 | |  | | | | | | 担当 |  | | |
| 契約書記号番号 | |  | | | | | | 電話 |  | | |
| 診療に関する事項 | 疾病の原因又は負傷時の状況 | | 別紙事故発生状況報告書のとおり | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | |  | | | | | | | | 初診年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 治癒までの見込期間 | | | | |  |
| 医療機関名及び医師名 | |  | | | 担当医 | | |  | | | | | 電話 |  | |
| 上記のとおりお届けいたします。  　　　　　　年　　月　　日  住所  世帯主　氏名  電話  　　能代市長　　　　様 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| この届けに添えて提出する書類 | | | | 1　交通事故証明書  2　事故発生状況報告書  3　念書 | | | | | | 4　委任状  5　同意書  6　示談書の写し(示談している場合) | | | | | | |