

第三者の行為による被害届

被保険者・老人加入者	市町村番号	27					保険者番号				
	老人医療の受給者番号					被保険者証の記号・番号					
	氏名					介護証番号					
	電話					大・昭・平	年	月	日生	男・女	
	事故発生年月日	年	月	日	午前・午後	時	分頃				
	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してください				国保	退職(本・家)		老健			
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			男・女	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		

上記の通り届け出ます。

平成 年 月 日

伊根町長様

世帯主住所

氏名

印