**第三者の行為（交通事故）による被害届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号 | | ＊＊＊ | | | | 番号 | | ＊＊＊＊ | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者  （被害者）氏　　名 | | 穴水　花子 | | | | 生年月日 | | 昭和  \*\*年\*\*月\*\*日  平成 | | | | | | | | | | 世帯主との続柄 | | | 妻 |
| 被保険者（被害者）の状況 | 事故発生年月日 | 平成 \*\*年\*月\*\*日  午○　○○時頃 | | | | 場所 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 事故発生の  原因とその状況 |  | | | | | | | | | | | | | 用  務 | | | 私用、公用、その他 | | | |
| 傷病名と  その状況 |  | | | | 初診  年月日 | | 平成 \*\*年\*月\*\*日 | | | | | | | 診療見込 | | | 期間 | |  | |
| 金額 | | 円 | |
| 保険診療の希望 | | | | | | 有・無 | | | | 平成\*\*年\*月\*\*日から | | | | | |
| 保険医療機関名 |  | | | | 所在地 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 第　三　者（加害者） | 加害者 | 住所 | |  | | | | | | | 氏名 | | | |  | | | | | | |
| 使用主又は  自動車の保有者 | 所在地 | |  | | | | | | | 名称 | | | |  | | | | | | |
| 使用者と保有者  との関係 | 本人・譲受人・借受人・その他 | | | | | 保有者と契約者  との関係 | | | | | | 本人・従業員・親族・その他 | | | | | | | | |
| 自賠責保険 | 保険会社名 | | |  | | | | | | 保険契約者 | | | | | |  | | | | |
| 証明書番号 | | |  | | | | | | 保険期間 | | | | | | ・ ・ ・ ～ ・ ・ ・ | | | | |
| 車種・番号 | | | | | |  | | | | |
| 任意保険 | 保険契約 | | | 有　 ・　 無 | | | | | | 保険会社名 | | | | | |  | | | | |
| 担当者名 | | | | | |  | | | | |
| 保険契約者 | | |  | | | | | | 保険期間 | | | | | | ・ ・ ・ ～ ・ ・ ・ | | | | |
| 契約保険金 | | | | | |  | | | | |
| その他保険 | 保険契約 | | | 有　 ・　 無 | | | | | | 保険会社名 | | | | | |  | | | | |
| 損害賠償状況 | 損害賠償の請求状況 | | 自賠責・任意・  その他（人傷等） | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | 請求中  請求済 | | | | | 円 | | |
| 損害賠償額の内訳 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 示談成立の有無  及び交渉状況 | | 有（有に○の場合は写を添付のこと） | | | | | | | 年　　　月　　　日成立 | | | | | | | | | | | |
| 無 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおりお届けいたします。  　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （世帯主） 住所　穴水町字川島ラの174番地  　　　 　　　　穴 水 町 長　 　　殿　 　　 　　　　 　氏名 穴水　太郎 ㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 TEL（　0768　）○○―○○○○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |