

第三者の行為による被害届										
被害者	被保険者証 記号・番号	み涌・ A			被保険者名			世帯主との続柄		
					生年月日			年 月 日		
加害関係事項	加害者	住所	氏名			年齢		歳		
								職業		
	事故状況	発生の日時		年 月 日 午 前 後 時 分頃						
		発生の場所								
		事故原因及び状況				事故発生時の略 図				
使用者 (監督名)	所在地 (住所)									
	名称									
	代表者名 (氏名)		電話番号							
診療関係事項	傷病名及び 負傷程度				初診日		年 月 日			
					治ゆまでの見込み		入院 通院 費用見込		日 日 円	
診療を受けた医療機関	住所		医療機関名							
				電話番号						
損害賠償に関する事項	示談状況	有・無 年月日	示談のとき	合計金額		円				
				内訳	治療費	円	慰謝料	円		
					入院費	円	休業障害補償	円		
					看護料	円	見舞金	円		
					移送料	円	その他	円		
	損害賠償免除の場合	有・無		免除の理由(放棄)						
	自動車事故の場合	自動車番号 (車両番号)		自動車保有者 住所氏名			電話番号			
		自動車の種別								
		自動車損賠償責任保険	有・無		保険会社名及び所在地		保険証明書の記号番号			
					電話番号					
上記のとおりお届けします。 年 月 日										
世帯主 住 所 遠田郡涌谷町										
氏 名										
涌谷町長 大橋 信夫 殿										
電話番号										
										