

第三者行為による被害届

被 保 険 者	フリガナ			被保険者番号								
	氏名											
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女					
	住所	〒		—		電話番号	—	—				
加 害 者	氏名				生年月日			年	月	日		
	住所	〒		—		電話番号	—	—				
	使用 者	名称				代表者名						
		住所	〒		—		電話番号	—	—			
	自動車保険	自賠責 任意	会社名			証券番号						
会社名			証券番号									
事 故 状 況	発生年月日			年	月	日	発生時間	午前・午後	時	分	頃	
	発生場所											
	事故内容											
被 害 状 況	医療機関名											
	所在地											
	治療 見 込	傷病名										
		治療期間			年	月	日	～			年	月
医 療 保 険	保険者名				所在地							
	第三者行為の届出	有・無		届出年月日			年	月	日			

上記のとおりお届けします。

年 月 日

多賀城市長 殿

住所

氏名

印

注：事故証明書・事故状況報告書・念書などを添付してください。