

第三者の行為（交通事故）による被害届

被 保 険 者 証 番 号				個 人 番 号			
被 保 険 者 (被害者) 氏 名				生 年 月 日			世帯主と の 続 柄
被 保 険 者 (被害者) の 状 況	事故発生年月日	年 月 日 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	年 月 日	診療 見込	期間 金額
				保険診療の希望		有・無	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	・ ・ ・ ・ ・ ~ ・ ・ ・ ・ ・	
	任 意 保 険	保 険 契 約	有 ・ 無		保険会社名		
		保険契約者			担 当 者 名		
					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。 平成 年 月 日 （世帯主） 住所 _____ 中能登町長 殿 氏名 _____ ⑨ 個人番号 _____ TEL () —							

事務処理欄

代理権の確認		身元確認（本人又は代理人）			番号関係	
☐ 本人の被保険者証等 ☐ 委任状 ☐ 登記事項証明書 ☐ その他（ ）	1 点	☐ 個人番号カード ☐ プレ印字書類	☐ 運転免許証 ☐ その他（ ）	☐ 障害者手帳	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード	☐ システム ☐ その他（ ）
	2 点	☐ 健康保険証 ☐ その他（ ）	☐ 年金手帳			