

第三者行為等による届出書

被保険者番号		(ふりがな)	被害者氏名	
世帯主との続柄		男・女 M・T・S・H	年 月 日生	
事故発生の年月日	年 月 日	午前・午後	時 分頃	
事故発生場所				
加害者に関する事項	加害者	住 所	電 話	
		(ふりがな) 氏 名	職 業	
	使用者	住 所	電 話	
		(ふりがな) 氏 名	職 業	
	登録番号又は 車輜番号		車台番号	
	自動車損害 賠償責任保険	有	保 險 会 社 名	担 当
		無	証 明 証 記 号 番 号	所 有 者 氏 名
	自動車普通保険 (任意保険)	有	保 險 会 社 名	担 当
		無	契 約 証 記 号 番 号	電 話
	診療に関する事項	疾病の原因又は 負傷時の状況		
傷 病 名			初 診 年 月 日	
		治癒までの見込期間		年 月 日
医療機関名 及び医師名			担当医	電 話
<p>上記のとおりお届けいたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>秋田県後期高齢者医療広域連合 広域連合長 様</p> <p style="text-align: right;">住 所 届出人 氏 名 電話番号</p> <p style="text-align: right;">印</p>				