

## 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 車台番号				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		
	任意対人一括		有 / 無				
被害者加入の 保険会社の有無		有	保 險 会 社 名				
		無	担 当		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		年 月 日		
			治癒までの見込期間				
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>							