

第三者の行為による被害届

被保険者氏名						保険者番号	3	9	2	6					
被保険者番号	0						大・昭	年	月	日生	電話				
事故発生年月日			年	月	日	午前・午後		時	分頃						
事故発生場所															
病院名等	当初					転医後									
保険による診療	年							月	日から、	している・していない			入院・通院		
事故の状況	事故発生状況報告書に図示してください														
相手方との契約	示談未済・示談成立							年	月	日					
傷病者	徒歩・自転車・バイク・乗用車・トラック・その他（ ）														
相手方	自転車・バイク・乗用車・トラック・バス・タクシー・その他（ ）														

相手方	氏名				男・女	年齢			職業			親権者名					
	住所								電話								
	勤務先								電話								
	使用者																
	自賠責保険	有・無	(会社名							証明書番号)
	任意保険	有・無	(会社名							証券番号)
	任意担当者								電話								

上記の通り届け出ます。

年 月 日

(あて先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

住所

氏名

印