

第三者行為による被害届

(宛先) 秋田市長

年 月 日

被 保 険 者 (被 害 者) の 状 況	保険者番号 052019	被保険者番号 : : : : : : : : : : : : : :	被保険者氏名	性別 男・女	生年月日 明・大・昭 . .		
	住所 秋田市			電話 () -			
	加入 保険	被保険者の氏名	受給者との続柄	記号	番号	加入保険名	
	事故発生年月日 年 月 日 午(前・後) 時 分 頃		事故発生の原因・状況(交通事故の場合は「交通事故証明書」「事故発生状況報告書」その他参考となるものを添付して下さい。)				
事故発生場所							
介護サービスを受けた事業所等の所在地名称		介護保険サービス利用開始 . .		サービス終了見込み . .			
第 三 者 (加 害 者) の 状 況	氏名 明・大・昭 年 月 日生(歳)		住所		電話 () -		
	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 使用主の氏名		住所		電話 () -		
	自 賠 責 (強 制) 保 険	契約者氏名		契約者住所		任 意 保 険 (対 人 賠 償)	契約者の有無 <input type="checkbox"/> 有 万円 <input type="checkbox"/> 無
		保有者氏名		保有者住所			契約先
契約先		証明書番号	保険期間 . . から		担 当 者	電話 () -	
登録番号		車台番号	. . まで				
損 害 賠 償 関 係	損害賠償請求の意志 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		示談 <input type="checkbox"/> 有 (成立 . .) <input type="checkbox"/> 無 (有る場合は、示談書を提出してください)				
	無の時はその理由		示談の内容又は状況等				
自賠責(強制)保険 <input type="checkbox"/> 受領 (. . 円) <input type="checkbox"/> 未請求 <input type="checkbox"/> 請求中 (成立 . .) <input type="checkbox"/> その他 ()							
届出人氏名			住所				

本件は、労災保険の給付対象となる業務上または通勤による交通事故ではありません。