

第三者行為による被害届

被害者	被保険者番号	被保険者名 (受給名)	男・女 明・大・昭 年 月 日生	介護度	要支援 1・2		
					要介護 1・2・3・4・5		
加害者	住所	氏名		職業 電話			
加害者の 使用主	住所	氏名		職業 電話			
発生日時	平成 年 月 日 時 分頃 天候			発生場所			
事故発生の 原因及び状況							
傷病及び 負傷の程度				治癒までの 見込み			
医療機関名	当初		転院後				
自動車事故の場合の 加害者自動車	自賠責保険	会社名 (共済名)		証明書番号			
		保険期間	年 月 日 ~	登録番号 (プレート・ナンバー)			
			年 月 日 カ月	車台番号			
		契約者住所		氏名			
	所有者住所		氏名				
	任意保険	会社名 (共済名)		担当者氏名		電話	
		証券番号 (契約番号)		保険期間	年 月 日 ~	年 月 日 カ月	
		契約者住所		氏名			
示談の有無	有 無	交渉経過					
上記のとおり届出します。							
平成 年 月 日 住所							
長岡市長様 世帯主 氏名 ⑩							
電話							

- 注 1. 介護度の該当する箇所に丸〇をつけてください。  
 中 2. 示談が成立している場合は、示談書の写を添付してください。  
 示談が成立していない場合は、交渉経過を詳細に記入してください。