

第三者の行為による被害届

被害者	被保険者番号	0000000000	被保険者名 (被害者名)	彩 夏 花 子 昭和13年1月1日生	世帯主 との続柄	本人
加害者	住所	朝霞市栄町 1-1-1	氏名	朝霞 太郎 昭和30年12月1日生	職業	自営業 電話 048-000-0000
加害者の 使用者	住所		氏名	年 月 日生	職業	電話
負傷の日時 及び場所	平成 28 年 7 月 1 日 午前 11 時 30 分頃、場所 朝霞市栄町 1-10-10 午後					
発病の原因 又は負傷時 の状況	信号機の設置されていない交差点で、一時停止無視の自動車が自車に衝突したため負傷した。					
疾病又は 負傷の程度	右大腿骨骨折による歩行困難		治ゆまで の見込み	入 所 通 所 給付費総額	日 日 円	
介護給付を受 けた事業所名		当初	埼玉ケアセンター	転医後		
自動車 事故の 場合の 加害自 動車	自賠責保険 契約会社名	埼玉海上火災 保険株式会社 農業協同組合		証明書番号	01-000001	
	契約者住所	朝霞市栄町 1-1-1		契約者氏名	朝霞 太郎	
	所有者住所	朝霞市栄町 1-1-1		所有者氏名	朝霞 太郎	
	登録番号又は 車両番号	埼玉 300 あ 0001		車台番号	AB-123456	
	任意保険 (対人)の有無	⑦ (埼玉海上火災 保険株式会社) ・ 無 農業協同組合				
損害賠償に関 する交渉の経過	対人賠償について、保険会社と交渉中 物損は、加害者の過失80%で示談済み					
平成 28 年 11 月 1 日 世帯主 住所 朝霞市本町 1-1-1 氏名 彩 夏 花 子 朝霞市長 様						

- 注 1 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。
- 2 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば〇月〇日見舞品をどれだけ受け取った、介護給付費等の費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書写しを提出してください。
- 3 自動車の轢き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いてください。
- 4 後日調査の必要上関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。