

様式第 27 号 (第 43 条関係)

第 三 者 の 行 為 に よ る 被 害 届						
被害者	被保険者 記号番号		被保険者名 (被害者名)	年 月 日生	個人 番号	
加害者	住所		氏名	年 月 日生	職業	電話
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	午前 年 月 日 時 分頃、場所 午後					
発病の原因 又は負傷時 の状況						
疾病又は 負傷の程度				治療まで の見込み	入院 通院 診療費総額	日 日 円
	国保による診療		年 月 日から			
診療を受けた 保険医療機関名	当初			転医後		
自動車 事故の 場合の 加害自 動車	自賠償保険 契約会社名			証明書番号		
	契約者住所			契約者氏名		
	所有者住所			所有者氏名		
	登録番号又 は車両番号			車台番号		
	任意保険 (対人)の有無	有	保険株式会社 農業協同組合			・ 無
損害賠償に関する交渉の経過						
上記のとおり届けます。						
年 月 日						
深谷市長 宛て						
住所						
世帯主 氏名						
電話番号						

こちらの届出では、被保険者が被害者、その相手方が加害者となります。この『被害者』『加害者』については、実際の過失とは関係ありません。

様式第 27 号 (第 43 条関係)

【記入例】

被害者		加害者	
第三者の行為による被害届			
被保険者 被害者	被保険者 記号番号	1234567	被保険者名 (被害者名)
			深谷 太郎 1960年4月4日生
	個人番号	XXXXXXXXXXXX	
加害者	加害者 住所	埼玉県深谷市仲町 11-1	氏名
			健康 まもる 1970年8月7日生
加害者 の使用者	加害者 住所	なし	氏名
			年 月 日生
	職業	会社員	
	電話	048-000-0000	
負傷の日時 及び場所	2024年4月1日 午前 10時 35分頃、場所埼玉県深谷市岡 1-234 午後		
発病の原因 又は負傷時 の状況	・ 信号のない交差点で相手車と出会い頭に衝突 ・ 青信号で横断歩道を歩いていたところ右折車に衝突される ・ 渋滞中停止していた相手車に追突 等		
疾病又は 負傷の程度	大腿骨骨折 頭部打撲	他	治癒まで の見込み
	入院 通院 診療費総額	30日 60日 不明円	
診療を受けた 保険医療機関名	当初	○×救急病院	転医後
			△△市立病院 □□接骨院
自動車 事故の 場合の 加害自 動車	自賠責保険 契約会社名	○×株式会社	証明書番号
			AB1234-5678
	契約者住所	埼玉県深谷市仲町 11-1	契約者氏名
			健康 まもる
	所有者住所	埼玉県深谷市仲町 11-1	所有者氏名
			健康 まもる
	登録番号又 は車両番号	熊谷 100 あ 2222	車台番号
			QW123456-7890
	任意保険 (対人)の有無	有	△○×保険株式会社 農業協同組合
			無
損害賠償に関 する交渉の経過	・ 現在治療中のため、未交渉 ・ 令和〇年〇月〇日治療終了のため、示談交渉中 ・ 損害が軽微のため、お互いの自賠責へ請求する 等		
上記のとおり届けます。			
2024年 5月 21日			
深谷市長	あて	市町村へ 届出をする日	申請者は 世帯主です
住所		埼玉県深谷市深谷町 100-100	
世帯主 氏名		深谷 太郎	
電話番号		048-111-2222	

事故証明書等を参考に記入してください。
書ききれない部分、欄が足りない部分につ
いては、別紙に記入してください。