

※ 傷病の原因が交通事故以外の第三者行為の場合に記入してください。

# 事 実 申 立 書

年 月 日

市 町 村  
組 合 理 事  
広 域 連 合 長

住 所 \_\_\_\_\_  
(居住地) \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

傷害事件等において被害を受けましたので、下記の事実を申し立てます。

1 事件発生年月日 \_\_\_\_\_

2 事件発生場所 \_\_\_\_\_

3 事件状況 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 【第三者(相手方)の保険情報等】

任意保険(対人)の有無 ※ 個人賠償責任保険 の場合も含む	有・無	[会社名]	電話	( )	担当者
損害賠償に関する 交渉の経過	示談成立 の有無	有・無	年 月 日成立	[交渉経過]	