

第三者行為による被害届

被害者		被保険者証 記 号 番 号			被保険者名 生 年 月 日		年 月 日生		世帯主と の 続 柄			
		生年月日		年 月 日生		被保険者の 個人番号						
第三者		住 所				氏 名	年 月 日生		職 業	電 話		
第三者の 使 用 者		住 所				氏 名	年 月 日生		職 業	電 話		
事 故 発 生 の 日 時 及 び 場 所		平成 年 月 日 午前 午後 時 分頃 場所										
事故発生 の原因及び 状況												
傷病及び 負傷の程度								治ゆまでの 見 込 み		全治 ヶ月 日		
保険医療 機関等名		当 初				転医後						
自動車 事故の 場合の 第三者 側自動車	自 賠 責 保 険	会 社 名 (共済名)					証 明 書 番 号					
		保 険 期 間		年 月 日～ 年 月 日 ヶ月			登 録 番 号 (プレート・ナンバー)					
							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 ヶ月			
		契 約 者 住 所					氏 名					
	示 談 の 有 無		有	無	交渉経過							
国民健康保険法施行規則第 32 条の 6 の規定により上記の通りお届けします。 平成 年 月 日 世帯主 住所 氏名 天 童 市 長 様												

(注) 1. 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば 月 日見舞品をどれだけ受取った、医療費、付添の費用はどちらで負担する等を記し、示談が成立した時は示談書写を添付して下さい。

2. 届出日現在で不明事項については、空白のまま提出してください。

なお、判明次第保険給付課国保医療係へ連絡してください。