

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 | | |
| | 個人番号 (マイナンバー) | | | | | | |
| 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 | | 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 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 | 会社名 (共済名) | | | 証明書 番号 | | |
| | | 保険期間 | 年 月 日～ | ヶ月 | 登録番号 (プレートナンバー) | | |
| | 保 険 | 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～ | 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とおり届けます。 年 月 日 <div style="text-align: center;">世帯主 住所 氏名</div> <div style="text-align: right;">④</div> 三川町長 殿 | | | | | | | |

- (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、判明次第国民健康保険係へ連絡してください。