

第三者の行為による被害届

被害者	フリカナ 被保険者氏名			昭和・平成・令和 年 月 日生		世帯主と の続柄	
	保険者番号	140111	被保険者 記号・番号	11ー		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 および場所	年 月 日 午前 午後 時 分頃、場所						
発病の原因 又は負傷時 の状況							
傷病名			国保による診療		年 月 日から している していない		
診療を受けた 保険医療機関名	当初				転移後		
自動車事故の場合の 加害自動車	自賠責保険 契約会社名	保険株式(相互)会社 農業協同組合			証明書番号	第	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 車輜番号				車台番号		
	任意保険 (対人)の有無	有 保険会社(共済)名 () サービスセンター () 担当者名 () 証明書番号 () 無					
損害賠償に 関する交渉の 経過	示談成立の有無	有 ・ 無		示談日	年 月 日 成立		
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お届けします。							
年 月 日 世帯主 住所 氏名 印 三浦市長							

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、医療費、附添い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。