

第三者行為による被害届

被保険者	フリガナ氏名		昭・平・令 年 月 日生	世帯主との続柄	
	保険者番号		被保険者証番号 ()	個人番号	
負傷の日時 および場所	平成 令和	年 月 日	午前 午後	時 分頃、場所	
発病の 原因	・自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・殴打・刺傷 ・その他()			負傷時の 状況	1. 業務中 2. 私用中
傷病名		国保による診療	平成 令和	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		
相手方	住所		氏名	年 月 日生	職業 電話
相手方の 使用者	住所		氏名	年 月 日生	職業 電話
相手方 の保険関係	自賠責保険 契約会社名	保険株式会社 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 (車両番号)			車台番号	
	任意保険 の有無	有・無	保険株式会社 農業協同組合		連絡先() 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	示談日 (予定日)	年 月 日	成立・予定
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日 世帯主 住所 氏名 印</p> <p>愛川町長殿</p>					
<p>注 1 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に記入し、示談が成立した時は示談書写しを提出してください。</p> <p>2 自動車の轍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。</p> <p>3 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。</p>					
番号確認	通・個・住・他()	身元確認	免・パ・個・住・在・身・他() (No.)		