

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								
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 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 保 険	会社名 (共済名)				証明書 番号			
		保険期間	年 月 日～	ヶ月	登録番号 (フリートナンバー)				
			年 月 日			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～	ヶ月	
		契約者 住所				氏名			
示談の 有無	有	無	交渉経過						
<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通りお届けします。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住所 寒河江市</p> <p>氏名</p> <p>寒河江市長 殿 電話番号</p>									

- (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。