第 三 者 行 為 に よ る 被 害 届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被 害 者 | 被保険者証 | 氏名 |  |
| 記号番号 | 　　2 6 － |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 国保資格 | 一般　　・　　退職 |
| 加　　　　　害　　　　　者 | 氏　名 |  | 加 害 者 の 使 用 者 | 名称又は氏名 |  |
| 生年月日 | 大・昭・平　 　年　　 月　　 日 | 生年月日 | 昭・平　　 　年　　 月　　 日 |
| 住　所 |  | 所在地又は住所 |  |
| 電話番号 |  | 電話番号 |  |
| 職　業 |  | 代表者 |  |
| 負傷の日時及び場所 | 平成　　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 |  |
| 疾病又は負傷の程度 |  | 入　　院 | 日 |
| 通　　院 | 日 |
| 診療費総額 | 円 |
| 国保による診療 | 平成　　　年　　　月　　　日からしている |
| 診療を受けた保険医療機関名 | 当初 |  | 移　転　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 |  | 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 |  |
| 登録番号又は車両番号 |  | 車台番号 |  |
| 任意保険(対人)の有無 | 　有　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　・　　　無 |
| 損害賠償に関する交渉の経過 |  |
| 　　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お届けします。　　　　　　　世帯主　住　 所 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 　名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　武　蔵　野　市　長　 殿 |

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○月○日見舞品をどれだけ受け取った、医療費、付添い

　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　自動車のひ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。