

## 第三者行為による被害届

被害者	被保険者証の記号番号	島 2 9                      -		被保険者氏名 (被害者名)	年 月 日生			世帯主との続柄
				個人番号				
加害者	住所				職業			
	氏名				電話			
加害者の使用者	住所				職業			
	氏名				電話			
負傷の日時場所	年 月 日      午前                      午後                      時 分頃				場所			
事故発生の原因及び状況								
傷病名及び負傷の程度					治癒までの見込み	入院日	通院日	診療費総額
	国保による診療		年 月 日から                      している・していない					
診療を受けた医療機関等名	当初医療機関等名				住所			
	転医後医療機関等名				住所			
自動車事故の場合の加害自動車	自賠責保険契約保険会社名				証明書番号			
	登録番号 車両番号				車台番号			
	契約者住所				契約者			
	所有者住所				所有者			
	任意保険の有無	有・無	有の場合保険会社(共済)名					
	証券番号				保険期間	年 月 日	年 月 日	
	契約者住所				契約者氏名			
損害賠償に関する交渉経過								
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お届けします。 年 月 日 届出者 住所 _____ (世帯主) 氏名 _____ ⑩ 電話番号 (                      -                      -                      ) 天栄村長								

- (注) 1 事故発生の原因、発生時の状況はできるだけ詳細に記入してください。  
 2 損害賠償の交渉経過は、詳細に例えば〇月〇日見舞金をどれだけ受けとり、医療費、付添費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立したときは示談書の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。  
 4 後日調査の必要上関係者の電話番号を記入してください。

本人確認欄	身元確認 <input type="checkbox"/> 本人(世帯主) <input type="checkbox"/> 代理人(同一世帯) <input type="checkbox"/> 代理人(別世帯)							
	世帯主以外の代理人による申請の場合は委任状が必要(同一世帯の世帯者による申請の場合には不要)							
	写真有(1点)				写真無(2点以上)			
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード		<input type="checkbox"/> 運転免許証		<input type="checkbox"/> 健康保険証		<input type="checkbox"/> 介護保険証	
	<input type="checkbox"/> パスポート		<input type="checkbox"/> 障害者手帳		<input type="checkbox"/> 年金手帳・証書		<input type="checkbox"/> 医療証	
<input type="checkbox"/> その他(                      ) <input type="checkbox"/> その他(                      )								
<input type="checkbox"/> 個人番号確認				<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> その他(                      )				
						代理人氏名	続柄	