

第三者行為による被害届

被害者	保険者番号		区分	国保																	
	被保険者記号番号		個人番号																		
	住所													TEL	緊急連絡先						
	(ふりがな) 氏名		生年月日	明.大.昭.平.令 年 月 日					職業												
	傷病名																				
	医療機関等	名称 所在地 TEL						名称 所在地 TEL													
	治療期間 (見込み)	入院 年 月 日 ~ 年 月 日 外来 年 月 日 ~ 年 月 日						入院 年 月 日 ~ 年 月 日 外来 年 月 日 ~ 年 月 日													
	人身傷害保険の使用	名称 1. 有 () 担当者名: () 2. 無																			
事故発生日	平成 令和 年 月 日		発生場所																		
加害者	住所													TEL	緊急連絡先						
	(ふりがな) 氏名		生年月日	明.大.昭.平.令 年 月 日					職業												
	使用者住所													TEL							
	使用者氏名		生年月日	明.大.昭.平.令 年 月 日					職業												
	保有者住所							氏名													
	自動車登録番号							車台番号													
	自賠責保険(共済)	名称 所在地						TEL			証明書 番号										
	任意保険(共済)	名称 所在地						TEL ()			証券 番号										
損害賠償に関する請求・支払方法	1. 自賠責保険 2. 任意一括 3. 個人賠償責任保険 4. 自転車総合保険 5. その他()																				
上記のとおり届出します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: center;"> 長 様 世帯主 住所 氏名 個人番号 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>																					

注 1 この届は 国民健康保険法施行規則第32条の6により被保険者が被害を受けた場合に提出してください。
 また、できるだけ詳細に記入してください。
 2 示談が成立している場合は、示談書の写しを添付してください。