

第三者行為による被害届

被 保 険 者	保 険 種 別	国保一般・退職本人・退職家族				
	証 記 号		証番号		個人番号	
	フリガナ				性別	男 ・ 女
	氏 名				生年 月日	年 月 日生 歳
住 所	〒 ー (電話) ー ー					
第 三 者 (加 害 者)	氏 名	フリガナ		勤務先	(電話) ー ー	
		年 月 日生 男・女 歳				
	住 所	〒 ー (電話) ー ー				
自 賠 責	有・無	保 険			証明書番号	
	契 約 者	氏 名			住 所	
任 意	有・無	保 険			証券番号	
車 検 証	所 有 者	氏 名			住 所	
	所 有 者	氏 名			住 所	
	車 両 番 号				車 台 番 号	
事 故 概 要	届 出 署		日 時	年 月 日 午前 時 分頃 午後		
診 療	病 院 名			初 診 日	年 月 日	
				国保等診療開始日	年 月 日	
				初 診 日	年 月 日	
				国保等診療開始日	年 月 日	
				初 診 日	年 月 日	
				国保等診療開始日	年 月 日	
上記のとおり届けます。						
年 月 日						
世羅町長 様			住 所 世帯主 氏 名			
⑩						

- (注) 1 この届は、国民健康保険の被保険者が被害を受けた場合提出してください。
 2 発病の原因又は負傷の状況は、できるだけ詳細に記入してください。
 3 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば〇月〇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、示談書写を提出してください。
 4 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。