

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 (被害者名)		世帯主と の続柄	
	個人番号		生年月日	年 月 日		
加害者	住 所		氏 名	年 月 日	職 業	電話
加害者の 使用者	住 所		氏 名	年 月 日	職 業	電話
事故発生の日時 及び場所		年 月 日 午前 時 分頃 場所 午後				
事故発生状況						
傷 病 の 程 度				治癒ま での見 込み	入院 通院 診察費総額	日 日 円
	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 機関名	当 初		転 医 後			
自動車損害賠償 責任保険等	自賠責保険契約 会社名		証明書番号	第 号		
	契 約 期 間	年 月 日 年 月 日	保険金受領	年 月 日 金 円		
	所 有 者 住 所		所有者氏名			
	契 約 者 住 所		契約者氏名			
	任意保険(対人) の有無	有 無	保険会社 農協共済			
損害賠償に関する 交渉の経過 (示談書写真添付)						
国民健康保険法施行規則第32条の4の規定により、上記のとおり届けます。 年 月 日 届出人(世帯主) 住所 氏名						
美里町長 殿						

注) 1 損害賠償に関する交渉の経過は、例えば「 月 日見舞品をどれだけ受け取った」、「医療費、付添の費用はどちらで負担する」等のように詳細に記載し、示談が成立したときは示談書の写しを添付してください。

- 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。
当該事項が判明次第、連絡願います。