

第三者行為による被害（傷病）届

保険者	
診療年月	平成 年 月
処理番号	

被害者	フリガナ		性別	生年月日	昭和・平成	被保険者証 記号・番号	法 別	国保
	氏名				年 月 日			
	個人番号							

※被害者の人身傷害保険(任意保険)の状況 ①有 ②無 保険会社() 担当者	職業
---	----

事故の状況	発生日時	平成 年 月 日		午前・午後	時 分	ころ
	発生場所					
	事故原因と状況	発生状況報告書による				
	警察署への届出	届済・未届 (いずれか○印)		届出所轄署 警察署		

診療関係	国保で診療を開始した日	治療を受けた病院等の所在地と名称	当初	転医

第三者へ相手者へ運転者V	氏名	フリガナ		性別	年齢
	住所	〒 電話(自宅)			
	職業	電話(連絡先)			
	保有者との関係	本人・従業員・親族・その他()			

第三者へ相手者Vに関する事項	氏名				
	住所	〒 電話(連絡先)			
	契約者との関係	本人・譲受人・借受人・その他()			

自賠償保険	保険会社名(共済)	証明書番号	保険・共済期間	自 至	登録番号(No.プレート)
	契約者氏名	契約者住所	〒 電話(連絡先)		
	任意保険	保険会社名(共済)	証券番号	保険会社担当者名	

示談の状況	未解決 又は 示談成立 年 月 日
-------	-------------------

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。

平成 年 月 日

高原町 町長 殿 世帯主 住所

氏名 印
電話番号

注 1. 被保険者が未成年者の場合は親権者、又は世帯主が届け出てください。
 2. 提出時まで不明な点はそのままにして提出し、後日判明次第連絡してください。
 3. 示談書が作成してあれば写しを添付して下さい。