

第三者行為による被害届

被害者	被保険者証 の記号番号		被保険者名 (被害者名)	世帯主との続柄 年 月 日 生		
加害者	住所		氏名	職業	TEL	
加害者の 使用主	住所		氏名	職業	TEL	
負傷の日時 及び場所	平成 年 月 日 午前 午後 時 分頃 場所					
発病の原因又は 負傷時の状況						
傷病又は 負傷の程度			治ゆまでの の見込み	入院 日	通院 日	医療費 円
	〔国保 後期 介護〕による		〔診療 給付〕	平成 年 月 日からしている。していない。		
診療を受けた 機関名	当初			移転後		
自動車の 加害事故 の場合	自賠責保険 契約会社名		証明書番号	第 号		
	契約者住所		契約者氏名			
	所有者住所		所有者氏名			
	登録番号又は 車両番号		車台番号			
	任意保険 (対人)の有無	有	保険株式(相互)会社		無	
損害賠償に関する 交渉の経過						
国民健康保険法施行規則第32条の6及び高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定により、上記のとおりお届けします。						
平成 年 月 日						
世帯主						
住所 _____						
氏名 _____ 印						
保険者等代表者 _____ 様						
<p>注 1. 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。</p> <p>2. 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取った、医療費、 附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。</p> <p>3. 自動車の轢き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨書いてください。</p> <p>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。</p>						

第三者行為による被害届

被害者	被保険者証の記号番号	美瑛 12345	被保険者名(被害者名)	広域 太郎	世帯主との続柄 S25年4月10日生 本人	
加害者	住所	上川郡美瑛町××町△丁目	氏名	連合 花子	職業	TEL 82-****
加害者の使用主	住所	(会社の車両の場合等に記載)	氏名		職業	TEL
負傷の日時及び場所	平成27年7月1日 午前 2時30分頃 場所 上川郡美瑛町×町○丁目					
発病の原因又は負傷時の状況	(※できるだけ詳細に記載) ↓見込が不明な場合は記載不要です。					
傷病又は負傷の程度	(※できるだけ詳細に記載)		治ゆまでの見込み	入院 日	通院 日	医療費 円
診療を受けた機関名	当初 旭川○○病院		移転後 (※移転先がある場合に記載)			
自動車の加害事故の場合	自賠責保険契約会社名	××火災海上保険		証明書番号	第 123456789-0 号	
	契約者住所	上川郡美瑛町××町△丁目		契約者氏名	連合 花子	
	所有者住所	同上		所有者氏名	同上	
	登録番号又は車両番号	旭川*** あ1234		車台番号	ABCD-12345678	
	任意保険(対人)の有無	<input checked="" type="checkbox"/> △△共済		保険株式(相互)会社 無 農業協同組合		
損害賠償に関する交渉の経過						
国民健康保険法施行規則第32条の6及び高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定により、上記のとおりお届けします。						
平成27年11月**日						
世帯主						
大雪地区広域連合長 松岡 市郎				住所 上川郡美瑛町○○町口丁目		
保険者等代表者 様				氏名 広域 太郎		
注 1. 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。						
2. 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば○月○日見舞品をどれだけ受取った、医療費、附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。						
3. 自動車の轢き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨書いてください。						
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。						