

第三者行為による被害届

|   |                        |                           |                 |              |                   |                  |     |
|---|------------------------|---------------------------|-----------------|--------------|-------------------|------------------|-----|
| 被害者   | 被保険者証<br>の記号番号         |                           | 被保険者名<br>(被害者名) | フリガナ         | 年 月 日 生           |                  |     |
|   | 個人番号                   |                           |                 |              |                   | 世帯主と<br>の続柄      |     |
| 加害者   | 住所                     |                           | 氏名              | フリガナ         | 職業                | TEL              |     |
|   |                        |                           |                 | 年 月 日生       |                   |                  |     |
| 加害者の<br>使用者   | 住所                     |                           | 氏名              |              | 職業                | TEL              |     |
|   |                        |                           |                 | 年 月 日生       |                   |                  |     |
| 負傷の日時<br>及び場所   | 年 月 日 午前 時 分頃、場所<br>午後 |                           |                 |              |                   |                  |     |
| 発病の原因又は<br>負傷時の状況   |                        |                           |                 |              |                   |                  |     |
| 疾病又は<br>負傷の程度   |                        |                           |                 | 治癒まで<br>の見込み | 入院<br>通院<br>診療費総額 | 日<br>日<br>円      |     |
|   | 国保による診療                | 1. 年 月 日からしている。 2. していない。 |                 |              |                   |                  |     |
| 診療を受けた<br>保険医療機関名   | 当初                     | 転医後                       |                 |              |                   |                  |     |
| 自動車<br>事故の<br>場合の<br>加害<br>自動車  | 自賠責保険<br>契約会社名         | 保険株式会社<br>農業協同組合          |                 | 証明書番号        |                   |                  |     |
|   | 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<br>車両番号         |                           |                 | 車台番号         |                   |                  |     |
|   | 任意保険<br>(対人)の有無        | 有                         | 担当部署等<br>電話番号   |              | 担当者名              | 保険株式会社<br>農業協同組合 | ・ 無 |
| 損害賠償に関する<br>交渉の経過   |                        |                           |                 |              |                   |                  |     |
| <p>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届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住 所<br/>氏 名</p> <p>銚 田 市 長 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。  
 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け取った、医療費、付添の費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立したときは示談書写を提出してください。  
 3. 自動車の轆き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いてください。  
 4. 後日調査の必要上関係者の電話番号等は出来るだけ記入してください。