

### 第三者の行為による被害届

個人番号										
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

市 町 村  
 広 域 連 合  
 国 保 組 合 長 殿

世帯主・被保険者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
 電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

「国民健康保険法施行規則第32条の6」「高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条」「介護保険法施行規則第33条の2」の規定により次のとおり届出します。

被保険者又は受給者(被害者)	被保険者証の記号番号				人身傷害保険(特約)の加入	有・無	
	後期高齢者、介護または公費受給者番号					保険会社名	
	公費負担者番号					( )	
	保険種別	一般、退職(未就学児・本人・家族・前期高齢者) ・ 後期高齢者 ・ 介護					
フリガナ 氏名	住所						
	生年月日(大・昭・平) 年 月 日生・ 歳		電話番号	性別	男・女	職業	
	世帯主との続柄 親・子・( )						
相手方(加害者)	フリガナ 氏名		住所				
	生年月日(大・昭・平) 年 月 日生・ 歳		電話番号	性別	男・女	職業	
	保有者との関係	本人・従業員・親族( )・その他( )					
	保有者(使用主・所有者)	名称(代表者)	住所(所在地)		TEL		
相手方(加害者) 保険関係	※任意保険の有無について必ず確認してください。		自 賠 責 保 険		任 意 保 険 (有・無)		
	保 險 契 約 者	氏名					
		住所					
	保 險 会 社 (共 済)		(担当者: )		(担当者: )		
	保 險 証 明 書 番 号 (証 券 番 号)						
	保 險 契 約 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで		年 月 日 から 年 月 日 まで			
	車 種		登録番号 車両番号	プレートナンバー	車体番号		
事 故 の 内 容	発 生 日	年 月 日 午前・午後 時 分頃(天候: )			警察への届け出	届け出済・未届( ) 署	
	発 生 場 所						
	心 身 状 況	被保険者又は受給者(被害者)	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気( )		事 故 原 因 と 状 況		
	相手方(加害者)	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気( )					
治 療 関 係	傷 病 名 及 び 傷 病 の 程 度	(入院・通院)			保 險 医 療 機 関 名		
	診 療 の 期 間 (見込み期間)	年 月 日 から 年 月 日 まで					
示 談	示談が成立した( 年 月 日)・交渉中・示談はしない・示談をする予定( 月頃)・裁判の見込み						
損 害 賠 償 金 を 受 領 し た 場 合	名	目		金 額 又 は 商 品	受 領 年 月 日		
					年 月 日		
					年 月 日		

※1. 交通事故の場合、交通事故証明書、事故発生状況報告書、自賠責(任意)保険証(写)、同意書、誓約書、保険・医療給付内訳書、診療報酬明細書(写)、示談の(写)(示談書が作成されている場合)を各1部添付してください。 ※2. 添付書類がすぐそろわないものは後日提出してください。

損保会社等から提出された場合	会社名	: 担当者氏名	(電話 )
----------------	-----	---------	-------