

第三者の行為による被害届

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

〇〇市 町  
 広域連合  
 国保組合 長殿

世帯主・被保険者 住所 〇〇県〇〇市〇-〇〇-〇〇  
 氏名 〇 〇 〇 〇 印  
 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

「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	〇〇〇-〇〇〇〇		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 〇〇〇〇損害保険		
	公費負担者番号				(〇〇〇-〇〇〇〇)		
	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					
相手方(加害者)	フリガナ	〇 〇 〇 〇	住所	〇〇県〇〇市〇-〇〇-〇〇			
	氏名	〇 〇 〇 〇	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇	性別	男・女	
	生年月日(大・昭・平・令)	〇〇年〇〇月〇〇日生・〇〇歳		職業	会社員		
世帯主との続柄	親・子・( )						
相手方(加害者)	フリガナ	〇 〇 〇 〇	住所	〇〇県〇〇市〇-〇〇-〇〇			
	氏名	〇 〇 〇 〇	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇	性別	男・女	
	生年月日(大・昭・平・令)	〇〇年〇〇月〇〇日生・〇〇歳		職業	会社員		
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)	〇〇〇〇		住所(所在地)	〇〇県〇〇市〇-〇〇-〇〇		
	保険契約者との関係	本人・譲受人・借受人 その他( )			Tel 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇		
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)			
	保険者	氏名	〇〇〇〇		〇〇〇〇		
		住所	〇〇県〇〇市〇-〇〇-〇〇		〇〇県〇〇市〇-〇〇-〇〇		
	保険会社(共済)	〇〇〇〇海上保険 (担当者: 〇〇〇〇〇)		〇〇〇〇損害保険 (担当者: 〇〇〇〇〇)			
	保険証明書番号(証券番号)						
	保険契約期間	〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇年〇〇月〇〇日まで		〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇年〇〇月〇〇日まで			
	車種	車の種類(家用普通乗用自動車等)	登録番号 車両番号	プレートナンバー 車等のナンバーを記載	車体番号	〇〇〇-〇〇	
事故の内容	発生日	〇〇年〇月〇〇日 午前・午後〇時〇〇分頃(天候: 雨)			警察への届け出	届け出済・未届(〇〇署)	
	発生場所	〇〇県〇〇郡〇〇町〇〇番地			事故原因と状況	信号のない交差点での接触事故	
	心身の状況	被保険者又は受給者(被害者)	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気( )				
		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	頸椎捻挫 (入院・通院)			保険医療機関名	〇〇整形外科クリニック	
	診療の期間(見込み期間)	〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇年〇〇月〇〇日まで					
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				
	休業補償	〇 〇 〇 〇 〇 〇	〇 〇 年 〇 〇 月 〇 日				
	商品券	〇 〇 〇 〇 〇	〇 〇 年 〇 〇 月 〇 日				
損保会社等から提出された場合	会社名 〇〇〇〇損害保険: 担当者氏名 〇〇〇〇 (電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇)						

※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。