

第三者行為による被害届

被害者	保険者番号		区分	国保																
	被保険者記号番号		個人番号																	
	住所												TEL 緊急連絡先							
	(ふりがな) 氏名		生年月日	明.大.昭.平.令 年 月 日										職業						
	傷病名																			
	医療機関等	名称 所在地 TEL						名称 所在地 TEL												
	治療期間 (見込み)	入院 年 月 日 ~ 年 月 日 外来 年 月 日 ~ 年 月 日						入院 年 月 日 ~ 年 月 日 外来 年 月 日 ~ 年 月 日												
	人身傷害保険の使用	名称 1. 有 () 担当者名: () 2. 無																		
事故発生年月日		令和 年 月 日		発生場所																
加害者	住所												TEL 緊急連絡先							
	(ふりがな) 氏名		生年月日	明.大.昭.平.令 年 月 日										職業						
	使用者住所												TEL							
	使用者氏名		生年月日	明.大.昭.平.令 年 月 日										職業						
	保有者住所												氏名							
	自動車登録番号												車台番号							
	自賠責保険(共済)	名称 所在地						所在地						証明書 番号						
	任意保険(共済)	名称 担当者名()						所在地 TEL ()						証券 番号						
損害賠償に関する請求・支払方法	1. 自賠責保険 2. 任意一括 3. 個人賠償責任保険 4. 自転車総合保険 5. その他()																			
上記のとおり届出します。 令和 年 月 日 <p style="text-align: center;">長 様</p> <p style="text-align: center;">世帯主</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">個人番号</p>																				

注 1 この届は 国民健康保険法施行規則第32条の6により被保険者が被害を受けた場合に提出してください。
 また、できるだけ詳細に記入してください。
 2 示談が成立している場合は、示談書の写しを添付してください。