

第三者の行為による被害届

年 月 日		世帯主 住所				
山 県 市 長 様				個人番号		
				氏名 (印)		
				電話() -		
国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により下記のとおりお届けします。						
事故発生日	年 月 日 午(前・後) 時 分頃	事故発生 場所				
保険種別	若人・退職本人・退職家族	事故原因 と状況				
被害者名 (被保険者名)	被保険者証 記号・番号		職業			
	個人番号		続柄	性別	男・女	
	(フリガナ)		生年月日	年 月 日 歳		
	氏 名					
第三者(加害者)に関する事項	加 害 者 (運転者)	氏名		生年月日	年 月 日 歳	
		住所				
		職業		電話	() -	
	保 有 者	氏名		電話	() -	
		住所				
		加害者との 関係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()			
	契 約 者	氏名		電話	() -	
		住所				
		保有者との 関係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()			
	自賠償保険	有・無	保険会社		証 明 書 番号	
任意保険	有・無	保険会社		支店名	課名	担当者名
			証券番号		電話	() -
医療機関の所在地・名称(氏名)		傷病名	初診日	年 月 日		
当初			保険診療 開始日	年 月 日		
転 医 後			診療見込期間			
			診療見込金額		円	

