

第三者行為による被害届

被 害 者	被 保 険 者 の記号番号		被保険検査者名 (被害者名)		年 月 日生 世帯主との続柄()											
			個人番号													
加 害 者	住所				氏名	電話			職業							
加害者の 使 用 主	住所				氏名	電話			職業							
負傷の日時 及 び 場 所		日 時 : 年 月 日 午前・午後 時 分頃 場 所 :														
発病の原因又は 負傷の状況																
傷病又は負傷 の 程 度					治ゆまで の見込み	入院 日	医療費		円							
		(老保・国保・介護)による (診療・給付)			・ 年 月 日から通院している。 ・ 通院していない。	通院 日	医療費		円							
診療を受けた 機 関 名		当初 移転後														
自合 動の 車加 事害 故自 の動 場車	自 賠 責 保 険 契 約 会 社 名				証明書番号	第 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 車 両 番 号				車 台 番 号											
	任 意 保 険 (対人)の有無	・有 保険株式(相互)会社・農業共同組合 ・無														
国民健康保険法施行規則第 32 条の 6 及び高齢者の医療の確保に関する法律施行規則 46 条の規定により、上記の とおりお届けします。 年 月 日 世帯主 住 所 _____ 氏 名 _____ 個 人 _____ 番 号 _____ 空知中部広域連合長 様																
(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下さい。 2. 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば○月○日見舞品をどれだけ受取った、医療費、 附属の費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書写を提出して下さい。 3. 自動車の轢き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨書いて下さい。 4. 後日調査の必要上関係者の電話番号等はできるだけ記入して下さい。																