

第三者行為による被害届

被保険者 番号			被保険者名 (被害者名)			世帯主との続柄			
個人番号									
職業		生年月日			電話				
事故発生 年月日	年 月 日		時 分頃	事故発生場所					
事故原因と状況					用務	私用、商用、社用、公用、 その他			
傷 病 又 は 負 傷 の 程 度				国保による 給 付	年 月 日からしている。 していない。				
		治ゆまでの見込み	入院	日 通院	日 医療費	円			
診療を受けた 機 関 名		当初 移転後							
加害者名				住所／電話					
第 三 者 (相 手 者) に 関 する 事 項	所有者氏名			所有者住所					
	自賠償保険 契約会社名				加害者と所有 者との関係	本人・従業員・親族・その他			
	契約者氏名			契約者住所					
	証明書番号	第	号	保険期間	年 月 日～ 年 月 日				
	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 農業協同組合 / 無				
	証券番号				保険会社 担当者名				
示談の状況		示談成立 年 月 日 / 交渉中							
国民健康保険法施行規則第32条の6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									
岩見沢市長									
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ください。									
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、付添いの費用はどちらで負担する等)記入し、示談が成立した時は示談書写を提出してください。									
3. 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いてください。									
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ください。									