

## 第三者行為による被害届

被保険者	フリガナ 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日(才)	
	連絡先(自宅)	☎			世帯主氏名		続柄			
	連絡先(携帯、勤務先)	☎			職業					
	法制	国保・退職	記号番号			個人番号				
後期高齢者		被保険者番号			個人番号	※記載の必要はありません				
事故の状況	受傷日時	年		月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分頃		
	受傷場所									
	受傷内容	<input type="checkbox"/> けんか・闘争 <input type="checkbox"/> 飼い犬等の動物による負傷 <input type="checkbox"/> 店舗等施設の事故 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 傷害・暴力 <input type="checkbox"/> 自転車衝突 <input type="checkbox"/> その他( )								
		第三者有無の確認	上記受傷原因に起因する相手の有無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 複数 ) <input type="checkbox"/> 無							
	受傷原因と状況 (書ききれない場合は別紙)	----- ----- -----								
	警察署への届出	<input type="checkbox"/> 届済 <input type="checkbox"/> 未届		届済の場合 ( )警察署						
	目撃者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		目撃者が分かる場合( )						
第三者へ加害者に関する事項	第三者へ加害者	氏名		フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	才	
		住所	〒 連絡先☎							
		職業	連絡先(勤務先)☎							
	責任者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族(親、子等) <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> その他( )								
	責任者	氏名		フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	才	
		住所	〒 連絡先☎							
加害者の賠償責任 保険の有無	<input type="checkbox"/> 有(保険会社名 担当者名 ) <input type="checkbox"/> 無									
診療関係	主たる傷病	治療を受けた 病院等の名称	(当初) 病院名			(転医) 病院名				
	治療経過	年 月 日現在		<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 治療継続中	<input type="checkbox"/> 中止				
	治療期間	年 月 日 から		年 月 日						
示談の状況	<input type="checkbox"/> 成立した( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 未成立									

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 により上記のとおりお届けします。

年 月 日

(市町村、国保組合、後期高齢者医療広域連合) 世帯主 住所

長 様 氏名

印

電話番号

- 注 1. 被保険者が未成年者の場合は親権者、又は世帯主が届け出てください。  
 2. 提出時まで不明な点はそのままにして提出し、後日判明次第連絡してください。  
 3. 自賠責共済、任意共済の場合は「保険」を「共済」と読み替えて記載してください。

4. 示談書が作成してあれば写しを添付して下さい。