

第三者の行為による被害届

身延町長殿 世帯主・被保険者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 電話 \_\_\_\_\_

(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条の規定により) 次のとおりお届けします。

被保険者又は受給者(被害者)	被保険者証記号番号 (後高、介護又は公費受給者番号) 【 公 費 番 号 】		( )	人身傷害保険 (特約)の加入	有・無 保険会社名 ( )
	保険種別	一般、退職(未就学児・本人・家族・前期高齢者) ・ 後期高齢者 ・ 介護			
	氏名	住所	電話番号	性別	男・女 職業
相手方 (加害者)	氏名		住所	電話番号	性別 男・女 職業
	年 月 日生・ 歳				
	世帯主との続柄 親・子・( )				
	保有者との関係	本人・従業員・親族( )・その他( )			
相手方 (加害者)	保有者 (使用主・所有者)	名 称 (代表者)	住所 (所在地)	TEL	
	保有者 (使用主・所有者)	保険契約者 との関係	本人・譲受人・借受人 その他( )		
相手方 (加害者) 自動車関係	※任意保険の有無について 必ず確認をしてください。		自 賠 責 保 険	任 意 保 険 (有・無)	
	保 險 契 約 者	氏 名			
		住 所			
	保 險 会 社 (共 済)		(担当者: )		(担当者: )
	保 險 証 明 書 番 号 ( 証 券 番 号 )				
	保 險 契 約 期 間		年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日 から 年 月 日 まで	
	車 種	登録番号 車両番号	プレートナンバー	車体番号	
事 故 の 内 容	発 生 日	年 月 日 午前・午後 時 分頃(天候: )			警察への 届 け 出
	発 生 場 所				届け出済・未届 ( 署 )
	心 身 状 況	被保険者又は 受給者(被害者)	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気( )	事 故 原 因 と 状 況	
	相手方(加害者)	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気( )			
治 療 関 係	傷 病 名 及 び 傷 病 の 程 度	(入院・通院)			保 險 医 療 機 関 名
	診 療 の 期 間 (見込み期間)	年 月 日 から 年 月 日 まで			
示 談	示談が成立した( 年 月 日)・交渉中・示談はしない・示談をする予定( 月頃)・裁判の見込み				
損 害 賠 償 金 を 受 領 し た 場 合	名 目	金 額 又 は 商 品	受 領 年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

※1. 交通事故の場合、交通事故証明書、事故発生状況報告書、自賠責(任意)保険証[写]、念書、誓約書、保険・医療給付内訳書、診療報酬明細書[写]、示談の[写](示談書が作成されている場合)を各1部添付してください。※2. 添付書類がすぐそろわないものは後日提出してください。※3. 不明な部分については下記へおたずねください。

保険者連絡先	課	係: 担当者	(電話)
--------	---	--------	------