

# 第三者行為による被害届

|   |               |  |      |                    |      |  |                                      |    |  |           |  |              |  |  |  |  |  |
|---|---------------|--|------|--------------------|------|--|--------------------------------------|----|--|-----------|--|--------------|--|--|--|--|--|
| 被害者   | 保険者番号         |  | 区分   | 国保                 |      |  |                                      |    |  |           |  |              |  |  |  |  |  |
|   | 被保険者記号番号      |  | 個人番号 |                    |      |  |                                      |    |  |           |  |              |  |  |  |  |  |
|   | 住所            |  |      |                    |      |  |                                      |    |  |           |  | TEL<br>緊急連絡先 |  |  |  |  |  |
|   | (ふりがな)<br>氏名  |  | 生年月日 | 明.大.昭.平.令<br>年 月 日 |      |  |                                      | 職業 |  |           |  |              |  |  |  |  |  |
|   | 傷病名           |  |      |                    |      |  |                                      |    |  |           |  |              |  |  |  |  |  |
|   | 医療機関等         | 名称<br>所在地<br>TEL                                     |      |                    |      |  | 名称<br>所在地<br>TEL                     |    |  |           |  |              |  |  |  |  |  |
|   | 治療期間<br>(見込み) | 入院 年 月 日 ~ 年 月 日<br>外来 年 月 日 ~ 年 月 日                 |      |                    |      |  | 入院 年 月 日 ~ 年 月 日<br>外来 年 月 日 ~ 年 月 日 |    |  |           |  |              |  |  |  |  |  |
|   | 人身傷害保険の使用     | 名称<br>1. 有 ( ) 担当者名: ( ) 2. 無                        |      |                    |      |  |                                      |    |  |           |  |              |  |  |  |  |  |
| 事故発生年月日   |               | 令和 年 月 日   |      |                    | 発生場所 |  |                                      |    |  |           |  |              |  |  |  |  |  |
| 加害者   | 住所            |  |      |                    |      |  |                                      |    |  |           |  | TEL<br>緊急連絡先 |  |  |  |  |  |
|   | (ふりがな)<br>氏名  |  | 生年月日 | 明.大.昭.平.令<br>年 月 日 |      |  |                                      | 職業 |  |           |  |              |  |  |  |  |  |
|   | 使用者住所         |  |      |                    |      |  |                                      |    |  |           |  | TEL          |  |  |  |  |  |
|   | 使用者氏名         |  | 生年月日 | 明.大.昭.平.令<br>年 月 日 |      |  |                                      | 職業 |  |           |  |              |  |  |  |  |  |
|   | 保有者住所         |  |      |                    |      |  | 氏名                                   |    |  |           |  |              |  |  |  |  |  |
|   | 自動車登録番号       |  |      |                    |      |  | 車台番号                                 |    |  |           |  |              |  |  |  |  |  |
|   | 自賠責保険(共済)     | 名称   |      |                    | 所在地  |  |                                      |    |  | 証明書<br>番号 |  |              |  |  |  |  |  |
|   | 任意保険(共済)      | 名称   |      |                    | 所在地  |  |                                      |    |  | 証券<br>番号  |  |              |  |  |  |  |  |
| 損害賠償に関する請求・支払方法   |               | 1. 自賠責保険 2. 任意一括 3. 個人賠償責任保険 4. 自転車総合保険<br>5. その他( ) |      |                    |      |  |                                      |    |  |           |  |              |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり届出します。<br>令和 年 月 日<br><div style="text-align: center;">                     長 様<br/>                     世帯主<br/>                     住所<br/>                     氏名<br/>                     個人番号                 </div> |               |  |      |                    |      |  |                                      |    |  |           |  |              |  |  |  |  |  |

注 1 この届は 国民健康保険法施行規則第32条の6により被保険者が被害を受けた場合に提出してください。  
 また、できるだけ詳細に記入してください。

2 示談が成立している場合は、示談書の写しを添付してください。