


第三者行為による被害届

被害者	保険者番号	160***		区分	国保											
	被保険者記号番号	000-00**		個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	住所	××市〇〇町〇-〇							TEL	076-431-****						
									緊急連絡先	090-****-****						
	(ふりがな) 氏名	こくほ たろう 国保 太郎		生年月日	明.大.昭.平 51年6月××日		職業 自営業									
	傷病名	胸部打撲														
	医療機関等	名称	××県国保病院			名称	〇〇接骨院									
		所在地	××市××町×番地			所在地	□□市××町×番地									
	TEL	0766-**-****			TEL	076-***-***										
治療期間 (見込み)	入院年月日～年月日	外来 平成27年5月29日～平成27年6月10日			入院年月日～年月日	外来 平成27年6月10日～ 年 月 日										
人身傷害保険の使用	名称 1. 有 () 担当者名: () <input type="radio"/> 2. 無 <input checked="" type="radio"/>															
事故発生年月日	平成27年5月29日			発生場所	□□市△△町〇〇番地											
加害者	住所	□□市△△町××番地							TEL	0766-**-****						
									緊急連絡先							
	(ふりがな) 氏名	こうき はなこ 後期 花子		生年月日	明.大.昭.平 4年5月××日		職業 主婦									
	使用者住所								TEL							
	使用者氏名				生年月日	明.大.昭.平 年 月 日		職業								
	保有者住所	□□市△△町××番地			氏名	後期 花子										
	自動車登録番号	□□ 501 す 2211			車台番号	*****										
	自賠責保険(共済)	名称	国保〇〇保険株式会社			所在地	□□市〇×番地		証明書 番号	KOKU*****						
任意保険(共済)	名称				所在地			証券 番号								
	担当者名()			TEL ()												
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 5. その他()															
上記のとおり届出します。																
平成 27年 6 月 30日																
××市長 様																
				世帯主												
				住所	××市〇〇町〇-〇											
				氏名	国保 太郎											
				個人番号	*****											
																

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。