

第三者行為による被害届

被 保 険 者 （ 受 給 者 ）	記 号		番 号		個人番号		
	氏名	フリガナ 年 月 日生 歳					
	住所	〒 ー 三原市 電話 ー ー					
第 三 者 （ 加 害 者 ）	氏名	フリガナ 年 月 日生 歳			勤務先	電話 ー ー	
	住所	〒 ー 電話 ー ー					
	自賠責	有・無	保険			証明書番号	
		契約者	氏名	住所			
	任意	有・無	保険			証券番号	
	車 検 証	所有者	氏名	住所			
		使用者	氏名	住所			
		車両番号		車 台 番 号			
	事 故 状 況	届出署		日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃		
		場所					
事故状況							
診 療	病院名	初 診 日			年 月 日		
		国保診療開始日			年 月 日		
		初 診 日			年 月 日		
		国保診療開始日			年 月 日		
		初 診 日			年 月 日		
		国保診療開始日			年 月 日		
上記のとおり届けます 年 月 日 住所 世帯主 三原市長様 氏名							

(注) 1. この届は、国民健康保険の被保険者が被害を受けた場合提出してください。
2. 発病の原因又は負傷の状況は、できるだけ詳細に記入してください。
3. 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け取った、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は、示談書写を提出してください。
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。