

第三者の行為による被害届
(国民健康保険)

一般・退職・前期

被害者 (被保険者)	被保険者証 の記号番号	み角 A		氏名	年 月 日生			世帯主 との 続柄
				個人番号				
加害者	住所			氏名	年 月 日生			職業
加害者 の使用	住所			氏名	年 月 日生			職業
負傷の日時 及び場所		平成 年 月 日		午前・午後		時 分頃		
発症の原因又は 負傷の程度								
疾病又は 負傷の程度				治癒までの 見込み	入院 通院 診療費総額	日 日 円		
		国保による診療		平成 年 月 日からしている、していない				
診療を受けた 保険医療機関名		当初			移転後			
自動車事故 の場合の加 害自動車	自賠責保険 契約会社名			証明書番号				
	契約者住所			契約者氏名				
	所有者住所			所有者氏名				
	登録番号又は 車両番号			車台番号				
	任意保険 (対人)の有無	有 (保険会社名) 無						
損害賠償に関 する交渉の経過								
国民健康保険法施行規則第32条の6規定により上記のとおり届け出ます。								
年 月 日								
届出人 (世帯主) 住所			窓口に来た方 (世帯主ご本人の場合は記載不要)					
氏名			氏名					
個人番号			住所					
電話番号 ()			電話番号 ()					
角田市長 殿			世帯主との関係					

注1. 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。
 2. 損害の賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば〇月〇日見舞品をどれだけ受け取った、医療費、付き添い費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立したときには示談書の写しを提出してください。
 3. 自動車の轢き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いてください。
 4. 後日調査の必要上関係者の電話番号はできるだけ記入してください。

確認者	本人確認
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証と () <input type="checkbox"/> その他 ()