

第 三 者 の 行 為 に よ る 被 害 届										
被害者	被保険証の 記号番号	鶴国・	被 保 険 者 氏 名	年 月 日 生			世帯主との 続 柄			
			個人番号							
加 害 者	住所	電話			氏名			職業		
加害者の 使用主	住所	電話			氏名			職業		
負 傷 の 日 時 場 所	年 月 日			午前	時 分	頃	場所			
午後										
事故発生の原因及び状況										
傷病名及び 負傷の程度				治癒まで の見込み	入院 日	通院 日	診療費総額	日	円	
				国保による診療 年 月 日 している ・ していない						
診療を受けた 病院又は診療 所	当 初				住所					
	転 医 後				住所					
自動車事故 の場合の加 害自動車	自賠償保険契約 保険会社名					登録番号	車両番号			
	契 約 者 住 所					氏 名				
	所 有 者 住 所					氏 名				
	任意保険の有無		有 ・ 無	有の場合の保険会社名						
	証 券 番 号									
	契 約 者 住 所					氏 名				
損害賠償に関する交渉経過										
<p>国民健康保険法施行規則第32条の4の規定により上記のとおり届けます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(あて先) 鶴ヶ島市長</p> <p style="text-align: right;">住 所 世帯主 氏 名</p> <p style="text-align: right;">④</p>										

- 注 1 事故発生の原因、発生時の状況はできるだけ詳細に記入してください。
- 2 損害賠償の交渉経過は、詳細に(例えば、〇月〇日見舞金をどれだけ受け取る。医療費はどちらで負担する等。)記入し、示談が成立したときは示談書の写しを提出してください。
- 3 後日の調査のために関係者の電話番号を記入してください。

【受付時の確認】

- 被害者個人番号確認 個カ・通カ・住票・その他()
- 本人確認 ①個カ・免許・旅券・官公署()・その他()
- ②保険証・学証・社証・年手・公領・その他()・個人番号職権記載