

第 三 者 の 行 為 に よ る 被 害 届											
被害者	被保険証の 記号番号		被 保 険 者 氏 名			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						
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		自賠責保険契約 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;">⑥</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。