

様式第2

第三者行為による被害届

被害者	被保険者証 記号番号		被保険者名	年 月 日生	世帯主と の続柄		
第三者	住所		氏名	年 月 日生	職業	電話	
第三者の 使用者	住所		氏名	年 月 日生	職業	電話	
事故発生 日時及び 場所	平成 年 月 日		午前 午後	時 分頃	場所		
事故発生 の 原因及び 状況							
傷病及び 負傷の程度					治ゆまでの 見込み	全治 ヶ月 日	
保険医療 機関等名	当初		転医後				
自動車 事故の 場合の 第三者 側自動車	自 賠 責 保 険	会社名 (共済名)		証明書 番号			
		保険期間	年 月 日～ ヶ月	登録番号 (フル・ナンバー)			
			年 月 日	車台番号			
	任 意 保 険	契約者 住所		氏名			
		所有者 住所		氏名			
	任 意 保 険	会社名 (共済名)		担当者 氏名		電話	
証券番号 (契約番号)			保険期間	年 月 日～ ヶ月			
契約者 住所			氏名				
示談の 有無	有	無	交渉経過				
<p>国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により上記の通りお届けします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>世帯主 住所</p> <p>氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p> <p>国民健康保険組合理事長</p>							

- (注) 1. 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取った、医療費、付添の費用はどちらで負担する等を記し、示談が成立した時は示談書写を添付して下さい。
2. 届出日現在で不明事項については、空白のまま提出して下さい。
- なお、判明次第国民健康保険係へ連絡して下さい。