

第三者行為による被害届

被 害 者	保 險 者 番 号		被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号		一 般 退 職	
	氏 名					
	生 年 月 日		年 月 日	個 人 番 号		
保 険	負傷の日時 及び場所		日 時	年 月 日	午前・午後	時 分 頃
	発病の原因 又は負傷時 の状況					
者	傷病の程度		治ゆまで の見込み	入院 日 通院 日	診療費総額 円	
	保険診療		年 月 日から している。 していない。			
	診療を受けた 医療機関名	当初	転医後			
人身傷害補償保険(特約)の加入			有・無	保険会社名	担当者名	
相 手 方	住 所	氏 名		年 月 日 生	職 業	電 話
	自動車保有 者の住所	氏 名		電 話		
自 動 車 保 険	自 賠 責	会社(農協)名		電 話		
		証 明 書 番 号		担 当 者 氏 名		
		契 約 者 住 所		契 約 者 氏 名		
		所 有 者 住 所		所 有 者 氏 名		
	任 意	会社(農協)名		電 話		
		証 券 番 号		担 当 者 氏 名		
損害賠償請求・ 支払に関する取扱対応			1 自賠償保険対応	2 任意一括する	3 その他	
示 談	済 ・ 未 ・ 交渉中					
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とおりお届けします。 年 月 日  大野市長 殿  世 帯 主 住 所 氏 名 電 話						

注 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。