

様式第7号(第18条関係)

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													
	場所																						
者	発病の原因 又は負傷時 の状況																						
	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 様 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。