

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 生年月日	年 月 日生	世帯主と の続柄		
	個人番号 (マイナンバー)						
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		年 月 日 午前 時 分頃 場所 午後					
事故発生の 原因及び 状況							
傷病及び 負傷の程度					治ゆまでの 見込み	全治 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 保険	自 賠 責 保 険	会社名 (共済名)		証明書 番号			
		保険期間	年 月 日～ 年 月 日	登録番号 (フリートナンバー)			
		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～ 年 月 日 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>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ください。
- なお、判明次第国民健康保険係へ連絡してください。