

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 の 日時及び場所		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 任意 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 (ルートナンバー)		
		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 ヶ月		
		契 約 者 住 所		氏 名			
	示 談 の 有 無	有	無	交渉経過			
	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。						
年 月 日							
世帯主 住所							
氏名							
村 山 市 長 殿							

- (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。