

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 (被害者名)	年 月 日生	世帯主と の続柄	
加害者	住所		氏名	年 月 日生	職業	電話
加害者の 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					
事故発生の状況						
傷病の程度				治ゆま での見 込み	入 院 通 院 診察費総額	日 日 円
	国保による診療	年 月 日からしている、していない				
診療を受けた 病院名	当 初			転医後		
自動車損害賠償 責任保険等	自賠責保険 契約会社名	保険会社 農協共済		証明書番号	第 号	
	契 約 期 間	年 月 日 年 月 日	保険金受領		年 月 日 金 円	
	所有者住所			所有者氏名		
	契約者住所			契約者氏名		
	任意保険 (対人)の有無	有 無		保険会社 農協共済		
損害賠償に関する 交渉の経過 (示談書写真添付)						
<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とおりお届けします。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">世帯主住所 氏名</p> <p>小国町長 殿</p>						

- (注)1 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば 年 月見舞品をどれだけ受取った。医療費、添付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。