

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 か月 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～	か月	登録番号 (プレートナンバー)	
			年 月 日		車台番号	
		契約者 住 所			氏 名	
		所有者 住 所			氏 名	
		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～	か月
	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						
小国町長 様						

- (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、小国町役場町民課へ連絡してください。