

第三者の行為による被害届

※

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

郡上市長 日置 敏明 様									
住 所 (〒 -)									
郡上市									
世帯主氏 名									
個人番号									
電話番号 ()									
国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により下記のとおりお届けします。									

事故発生日		年 月 日			事故発生場所					
		午 (前・後) 時 分頃								
保険種別		若人・退職本人・退職家族			事故原因と状況					
被害者 (被保険者名)		被保険者証記号番号			職業					
		(フリガナ)			続柄		性別		男・女	
		氏名			個人番号 生年月日		年 月 日 (歳)			
加害者 (第三者) に 関 する 事 項	加害者 (運転者)		氏名			生年月日		年 月 日 (歳)		
			住所 (〒 -)							
			職業			電話		() -		
	保有者		氏名			電話		() -		
			住所 (〒 -)							
			加害者との関係			本人・親族(続柄)・事業主・その他()				
	契約者		氏名			電話		() -		
			住所 (〒 -)							
			保有者との関係			本人・親族(続柄)・事業主・その他()				
	自賠責保険	有・無	保険会社			証明書番号				
任意保険	有・無	保険会社			支店名		課名	担当者名		
		証券番号			電話					
医療機関の所在地・名称(氏名)					傷病名		初診日	年 月 日		
当 初	-----						保険診療 開始日	年 月 日		
	-----						診療見込期間			
転 医 後	-----						診療見込金額	円		

(注) ※印欄は、保険者にて記入します。