

第三者の行為による被害届

※

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

郡上市長	様	住所	年 月 日
		世帯主 氏 名	印
		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 午 (前・後) 時 分頃	事故発生場所					
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 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。