

第三者の行為による被害届

※

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

郡上市長 日置 敏明 様		平成 年 月 日	
住所 (〒 -)		郡上市	
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	平成 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	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			保険診療 開始日	年 月 日		
初	-----		診療見込期間			
転			診療見込金額	円		
医	-----					

(注) ※印欄は、保険者にて記入します。