

第三者行為による被害届<交通事故>

チェックボックス□の項目はいずれかに
✓してください。

被保険者証をご確認ください。
あなた自身が任意保険の人身傷害保険
に加入しているかご確認ください。

交通事故証明書をご確認の上、転記し
てください。

事故の相手方に関して把握している事
項を記載してください。

相手方が契約している自賠責保険につ
いて把握している事項を記載してくだ
さい。

相手方が任意保険に加入している場合、
把握している事項を記載してください。

事故により負傷した主な病名を記載して
ください。(例…右足骨折、頸椎捻挫な
ど)

相手方との示談の状況を記載してくださ
い

届出年月日を記載してください。

届け先を記載してください。
・国保の方はご加入の市町村
・後期高齢者(主に75歳以上)の方は岩
手県後期高齢者医療広域連合
・医師国保組合の方は岩手県医師国民
健康保険組合

被 保 険 者 へ 被 害 者 へ	フリガナ 氏名			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 (才)	
	連絡先(自宅)	☎			世帯主氏名	続柄		
	連絡先(携帯、勤務先)	☎			職業			
	法 制	国保・退職	記号番号			個人番号		
後期高齢者		被保険者番号			個人番号	※記載の必要はありません		
事 故 の 状 況	被害者加入の人身傷害保険の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し							
	有りの場合 保険会社・担当者() 連絡先☎							
	発生日時	年 月 日		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分	頃	
	発生場所							
第 三 者 へ 加 害 者 に 関 する 事 項	相手者へ運転者	氏名	フリガナ	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	才		
	自賠責	住所	〒					連絡先☎
		職業						連絡先(勤務先)☎
		契約者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 譲受人 <input type="checkbox"/> 借受人 <input type="checkbox"/> その他()					
任意保険	保険会社			証明書番号				
	契約者氏名			登録番号				
診 療 関 係	任意保険	保険会社	連絡先☎					
	担当者名			証券番号				
	主たる傷病	治療を受けた病院等の名称	(当初)病院名		(転医)病院名			
		入外区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	入外区分		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		
治療経過	年 月 日現在	<input type="checkbox"/> 治療	<input type="checkbox"/> 治療継続中	<input type="checkbox"/> 中止				
治療期間	年 月 日 から	年 月 日						
示談の状況	<input type="checkbox"/> 成立した(年 月 日) <input type="checkbox"/> 未成立							
<input type="checkbox"/> 国民健康保険法施行規則第32条の6 <input type="checkbox"/> 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条 により上記のとおりお届けします。 年 月 日 (市町村、国保組合、後期高齢者医療広域連合) 世帯主 住所 長 様 氏名 電話番号								
注 1. 被保険者が未成年者の場合は親権者、又は世帯主が届け出てください。 2. 提出時まで不明な点はそのままにして提出し、後日判明次第連絡してください。 3. 自賠責共済、任意共済の場合は「保険」を「共済」と読み替えて記載してください。 4. 示談書が作成してあれば写しを添付して下さい。								

治療を受けた病院等を記載してください。な
お、病院を転医された場合は、転医先も記
載してください。

事故の負傷における現在の治療の状況を
記載してください。

被保険者の属する世帯の世帯主が届出人
となります。世帯主が負傷等で記載できな
いときは家族の方が記載してください。捺印
も忘れずに行ってください。