

第三者行為による被害届

被保険者	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	受傷日時	年 月 日		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分頃		
	受傷場所						
	受傷内容	<input type="checkbox"/> けんか・闘争 <input type="checkbox"/> 飼い犬等の動物による負傷 <input type="checkbox"/> 店舗等施設の事故 <input type="checkbox"/> 食中毒					
		<input type="checkbox"/> 傷害・暴力 <input type="checkbox"/> 自転車衝突 <input type="checkbox"/> その他()					
	第三者有無の確認	上記受傷原因に起因する相手の有無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 複数) <input type="checkbox"/> 無					
	受傷原因と状況 (書ききれない場合は別紙)	----- ----- -----					
警察署への届出	<input type="checkbox"/> 届済 <input type="checkbox"/> 未届		届済の場合 ()警察署				
目撃者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		目撃者が分かる場合()				
第三者へ加害者に関する事項	第三者へ加害者	氏名	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 才
		住所	〒 連絡先☎				
		職業	連絡先(勤務先)☎				
	責任者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族(親、子等) <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> その他()					
	責任者	氏名	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 才
	住所	〒 連絡先☎					
加害者の賠償責任 保険の有無	<input type="checkbox"/> 有(保険会社名 担当者名) <input type="checkbox"/> 無						
診療関係	主たる傷病	治療を受けた 病院等の名称	(当初) 病院名	入外区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	(転医) 病院名	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"/> 治癒 <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 ⑨ 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。							