

第三者行為による被害届<交通事故>

被保険者 へ被害者 V	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
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☎										
事故の 状況	発 生 日 時	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分	頃		
	発 生 場 所									
	事故原因と状況	別紙事故発生状況報告書のとおり								
	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							
第三者へ 加害者 Vに関する 事項	相手者へ 運転者 V	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)☎							
	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()							
	自賠責	保険会社			証明書番号					
		契約者氏名			登録番号					
	任意保険	保険会社	連絡先☎							
担当者名				証券番号						
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		(転医) 病院名			
	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								
<p>■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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所</p> <p style="text-align: center;">北上市長 様 氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>										
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4. 示談書が作成してあれば写しを添付して下さい。</p>										