

第三者行為による被害届

被 保 険 者 (受 給 者)	保険種別	国保一般・退職本人・退職家族・後期高齢者医療・介護保険				
	証記号		証番号		受給者番号	
	氏名	フリガナ			個人番号	
	住所	〒		明大 昭平	年 月 日生	男・女 歳
第 三 者	氏名	フリガナ			勤務先	
	住所	〒		明大 昭平	年 月 日生	男・女 歳
	※自賠責	有・無	保険	証明書番号		
	任意	有・無	保険	証券番号		
	※車検	所有者 氏名		住所		
		使用者 氏名		住所		
	証	車両番号		車台番号		
	事故概要	届出署	日時	年 月 日	午前 午後	時 分頃
	診療	病院名		初診日	年 月 日	
				国保等診療開始日	年 月 日	
			初診日	年 月 日		
			国保等診療開始日	年 月 日		
			初診日	年 月 日		
			国保等診療開始日	年 月 日		
上記のとおり届けます 年 月 日 住所 様 世帯主 氏名 (印)						

(注) 1. この届は、国民健康保険の被保険者、後期高齢者医療の被保険者及び介護保険の被保険者が被害を受けた場合提出してください。
 2. 事故状況は、できるだけ詳細に記入してください。
 3. 後日調査の必要上、関係者の電話番号等は、できるだけ記入してください。
 4. ※印欄は、交通事故において必要に応じて記入してください。