

## 国民健康保険第三者行為による被害届

被害者	被保険者証の記号番号		被保険者名 (被害者名)	昭・平 年 月 日生	世帯主 との 続柄	
			個人番号			
加害者	住所		氏名	年 月 日生	職業	電話
加害者の 使用者	住所		氏名	年 月 日生	職業	電話
負傷の日時 及び場所	平成 年 月 日		午前 時 分頃	午後	場所	
発病の原因又は 負傷時の状況						
疾病又は負傷の 程度			治癒までの 見込み	入院 治療費総額	日・通院	日円
	国保による診療		年 月 日からしている・していない			
診療を受けた 療養取扱機関名	当 初			転 医 後		
自動車事故 の場合の加害 自動車	自賠責保険契 約保険会社名			証明書番号		
	契約者住所			契約者氏名		
	所有者住所			所有者氏名		
	登録番号 又は車両場号			車体番号		
	任意保険の有無	有・無	有の場合保険会社(共済)名			
損害賠償に 関する交渉 の経過						
<p>国民健康保険法施行規則第 3 2 条の 6 の規定により上記のとおりお届けします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電 話 ( )</p> <p>田村市長 様</p>						

注 1. 発病の原因又は負傷の状況は、できるだけ詳細に記入してください。  
 2. 損害賠償に関する交渉の経過は、例えば〇月〇日見舞品をどれだけ受け取ったとか、医療費付添費用はどちらで負担する等を記入し、示談書の写を提出してください。  
 3. 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合は、その旨を書いてください。  
 4. 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。