

第 三 者 行 為 に よ る 被 害 届

被 害 者	被保険者氏名	生年月日	世帯主 との続柄	
	被保険者証の 記号番号	個人番号		
加 害 者	氏 名	生年月日	職業	
	住 所	電話番号		
加 害 者 の 使 用 者	氏 名	生年月日	職業	
	住 所	電話番号		
負傷の日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃			
負傷の場所				
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	入 院 外 来 診療費総額	日 日 円
国保による診療	平成 年 月 日から している・していない			
診療を受けた 医療機関	当初		転移後	
損害賠償に 関する交渉の経過	※示談が成立している場合は、示談書の写しを添付願います。			
加害自動車の状況	自賠責保険 契約会社名		証明書 番 号	第 号
	契 約 者	住 所		氏 名
	所 有 者	住 所		氏 名
	登録番号又 は車両番号		車台番号	
	任意保険の 有 無	有 ()・無		
国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおり届出します。				
色麻町長 殿				
平成 年 月 日				
申請者（世帯主） 住 所 _____				
氏 名 _____ (印)				
電話番号 _____				