

第三者の行為による被害届

※

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事故発生日		年 月 日 時 分 頃		事故発生場所						
保険種別				事故原因 と状況						
被害者 (被保険者名)		被保険者 記号・番号			職業					
		(フリガナ)			続柄		性別	男・女		
		氏名			生年月日	年 月 日( 歳)				
加害者 (第三者) に 関 する 事 項	加害者	氏名			生年月日	年 月 日( 歳)				
		住所								
		職業			電話	( ) —				
	保有者	氏名			電話	( ) —				
		住所								
		加害者との 関係	本人・親族(続柄 )・事業主・その他( )							
	契約者	氏名			電話	( ) —				
		住所								
		保有者との 関係	本人・親族(続柄 )・事業主・その他( )							
	自賠責保険	有・無	保険会社			証明書番号				
	任意保険	有・無	保険会社			支店名	課名	担当者名		
			証券番号			電話				
医療機関の所在地・名称(氏名)			傷病名		初診日	年 月 日				
当初	-----			-----		保険診療 開始日	年 月 日			
転医後	-----			-----		診療見込期間				
	-----			-----		診療見込金額	円			
<p>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申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>(あて先) 羽 島 市 長</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住 所 氏 名 電 話 ( ) —</p>										

(注) ※印欄は、保険者にて記入します。