

## 第三者行為による被害届

被保険者	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						
事故の状況	受傷日時	年		月	日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時	分頃			
	受傷場所											
	受傷内容	<input type="checkbox"/> けんか・闘争 <input type="checkbox"/> 飼い犬等の動物による負傷 <input type="checkbox"/> 店舗等施設の事故 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 傷害・暴力 <input type="checkbox"/> 自転車衝突 <input type="checkbox"/> その他( )										
		第三者有無の確認	上記受傷原因に起因する相手の有無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 複数 ) <input type="checkbox"/> 無									
	受傷原因と状況 (書ききれない場合は別紙)	----- ----- -----										
	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								
目撃者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		目撃者が分かる場合( )									
第三者へ加害者Vに関する事項	第三者へ加害者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)☎									
	責任者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族(親、子等) <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> その他( )										
	責任者	氏名			フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	才	
		住所	〒 連絡先☎									
加害者の賠償責任 保険の有無	<input type="checkbox"/> 有(保険会社名 担当者名 ) <input type="checkbox"/> 無											
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 入外区分 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来			(転医) 病院名 入外区分 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来				
	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											
<input type="checkbox"/> 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。 年 月 日 (市町村、国保組合、後期高齢者医療広域連合) 世帯主 住所 長 様 氏名 ⑨ 電話番号												
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。 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。 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。 4. 示談書が作成してあれば写しを添付して下さい。												