

第三者行為による被害届<交通事故>

チェックボックス□の項目はいずれかに
✓してください。

被保険者証をご確認ください。
あなた自身が任意保険の人身傷害保険
に加入しているかご確認ください。

交通事故証明書をご確認の上、転記し
てください。

事故の相手方に関して把握している事
項を記載してください。

相手方が契約している自賠責保険につ
いて把握している事項を記載してくだ
さい。

相手方が任意保険に加入している場合、
把握している事項を記載してください。

事故により負傷した主な病名を記載し
てください。(例…右足骨折、頸椎捻挫な
ど)

相手方との示談の状況を記載してくだ
さい

届出年月日を記載してください。

届け先を記載してください。
・国保の方はご加入の市町村
・後期高齢者(主に75歳以上)の方は岩
手県後期高齢者医療広域連合
・医師国保組合の方は岩手県医師国民
健康保険組合

被 保 険 者 へ 被 害 者 へ	フリガナ 氏名		性別 □男 □女	生年月日	□大正 □昭和 □平成 □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
	被害者加入の人身傷害保険の有無 □有り □無し 有りの場合 保険会社・担当者() 連絡先☎					
事 故 の 状 況	発 生 日 時	年 月 日		□午前 □午後	時 分頃	
	発 生 場 所					
	事故原因と状況	別紙事故発生状況報告書のとおり				
	警察署への届出	□届済 □未届		届済の場合 ()警察署		
第 三 者 へ 加 害 者 へ に 関 する 事 項	相手者へ運転者	氏名	フリガナ	性別 □男 □女	年齢	才
		住 所	〒 連絡先☎			
		職 業	連絡先(勤務先)☎			
		契約者との関係	□本人 □譲受人 □借受人 □その他()			
自 賠 責	自賠責	保険会社		証明書番号		
		契約者氏名		登録番号		
任 意 保 険	任意保険	保険会社	連絡先☎			
		担当者名		証券番号		
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	(転医) 病院名		
	治療経過	年 月 日現在	□治療 □治療継続中 □中止	入外区分 □入院 □外来	入外区分 □入院 □外来	
	治療期間	年 月 日 から	年 月 日			
	示談の状況	□成立した(年 月 日) □未成立				
□国民健康保険法施行規則第32条の6 □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。						
	届出年月日	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				☎
		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。						

治療を受けた病院等を記載してください。な
お、病院を転医された場合は、転医先も記
載してください。

事故の負傷における現在の治療の状況を
記載してください。

被保険者の属する世帯の世帯主が届出人
となります。世帯主が負傷等で記載できな
いときは家族の方が記載してください。捺印
も忘れずに行ってください。