

第三者の行為による被害届

※

下呂市長 様 住所 (〒 -) 世帯主 氏名 個人番号 電話 () - 来庁者氏名 (申請者との続柄)	年 月 日 印 (申請者との続柄)
---	----------------------------------

国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により下記のとおりお届けします。

事故発生日	年 月 日 午 (前・後) 時 分頃	事故発生場所				
保険種別	若人・退職本人・退職家族	事故原因と状況				
被害者 (被保険者名)	被保険者番号		職業			
	個人番号		続柄	性別	男・女	
	(フリガナ)		生年月日	(明・大・昭・平)		
	氏名			年 月 日 (歳)		
加害者 (第三者) に 関 する 事 項	氏名		生年月日	(明・大・昭・平)		
	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	
		証券番号		電話	担当者名	
医療機関の所在地・名称(氏名)		傷病名	初診日	年 月 日		
当			保険診療	年 月 日		
初			開始日	年 月 日		
転 医 後			診療見込期間			
			診療見込金額	円		

(注) ※印欄は、保険者にて記入します。

番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> システム転記 <input type="checkbox"/> その他 ()				
来 庁 者 本 人 確 認	1点	個 運 パ 在/特 身療精手帳 官公発の免許証等 その他 ()	代理権	<input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	2点	各保険証 年金 児扶手/特児証書 その他 ()	市確認者		