

記入例

第三者の行為による被害届

※

〇〇年〇〇月〇〇日

下呂市長 様

住所 (〒 509-2295)

下呂市〇〇111番地

世帯主 氏名 下呂 太郎

下呂印

個人番号 1234 5678 9123

電話 (0576) 24 - 2222

来庁者氏名 下呂 太郎 (申請者との続柄 本人)

※過失の割合に関わりなく、国保被保険者を「被害者」として取り扱います。

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	〇〇年〇〇月〇〇日 午 (前)・後) 8時30分頃	事故発生場所	下呂市●●123番地					
保険種別	若人・退職本人・退職家族	事故原因と状況	※交通事故以外の場合ご記入ください。					
被害者 (被保険者名)	被保険者番号	1234567		職業	無職			
	個人番号	1234	5678	9123	続柄	妻	性別	男 (女)
	(フリガナ)	ゲロ ハナコ		生年月日	(明・大・昭・平) 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)			
	氏名	下呂 花子		生年月日	(明・大・昭・平) 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)			
加害者 (運転者)	氏名	国保 次郎		生年月日	(明・大・昭・平) 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)			
	住所	(〒509-2295) 下呂市××222番地						
	職業	自営業	電話	(0576) 〇〇-〇〇〇〇				
保有者	氏名	同上		電話	() -			
	住所	(〒 -)						
	加害者との関係	(本人)・親族(続柄)						
契約者	氏名	同上		第三者に関する欄の記入については、 交通事故証明書をご参照ください。				
	住所	(〒 -)						
	保有者との関係	(本人)・親族(続柄))・事業主・その他()						
事項	自賠責保険	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険会社	〇〇損害保険		証明書番号	123456789	
	任意保険	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険会社	△△保険		支店名	課名	担当者名
			証券番号	123456789		電話		
医療機関の所在地・名称(氏名)		傷病名		初診日	〇〇年〇〇月〇〇日			
当初	〇〇病院		骨折	保険診療開始日	〇〇年〇〇月〇〇日			
転医後	△△病院		同上	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		