

第三者行為による被害届

被 保 険 者 （ 受 給 者 ）	保険種別	国保一般・退職本人・退職家族・国保老人・ <u>社保老人・介護</u>				
	証記号		証番号		受給者番号	000000■■■■■
	氏名	フリガナ	コクホ イチロウ		明 大	<u>男</u> ・女
名 住 所		国 保 一 郎		<u>昭</u> 平	15年 10月 10日生 77歳	
		〒 000 - 0000				
		安芸郡府中町■■ ●丁目●番●号 (電話) 082 - 123 - 4567				
第 三 者	氏名	フリガナ	カ ガイ ハナ コ		勤務先	(電話) - -
		加 害 花 子				
	名		明 大		住所	■■市▲▲区○○町二丁目3番4号 (電話) 082 - 345 - 6789
		<u>昭</u> 平 50年 2月 3日生 男・ <u>女</u> 43歳				
	住	〒 111 - 1111				
	所	■■市▲▲区○○町二丁目3番4号 (電話) 082 - 345 - 6789				
	自賠責	<u>有</u> ・無	◎◎海上火災保険		証明書番号	□□AB1234
	任意	有・無	△△損保保険株式会社		証券番号	555444333
	車検証	所有者 氏名	加 害 花 子		住所	■■市▲▲区○○町二丁目3番4号
		使用者 氏名	同 上		住所	同 上
証	車両番号	●●123 < 4567		車台番号	▼▼98□-76543	
事 故 概 要	届出 場所	□□□署	日時	平成 15 年 11 月 12 日 <u>午前</u> 11 時 30 分頃 午後		
	場所	○○三丁目4番5号 □□商店先路上				
	事故状況					
診 療	病院名	◆◆病院	初 診 日	平成 15 年 11 月 12 日		
			国保等診療開始日	平成 15 年 11 月 12 日		
			初 診 日	平成 年 月 日		
			国保等診療開始日	平成 年 月 日		
			初 診 日	平成 年 月 日		
			国保等診療開始日	平成 年 月 日		
上記のとおり届けます 令和●●年 ●月 ●日 (市・ <u>町</u>) 長 様 世帯主 氏名 国 保 一 郎 府 中 国民健康保険組合理事長 住所 安芸郡府中町■■ ●丁目●番●号						

(注) 1. この届は、国民健康保険の被保険者、老人保健の受給者及び介護保険の被保険者が被害を受けた場合提出してください。
2. 事故状況は、できるだけ詳細に記入してください。
3. 後日調査の必要上、関係者の電話番号等は、できるだけ記入してください。