

第三者行為による被害届

被 保 険 者 (受 給 者)	被保険者記号番号													
	氏	フリガナ					個人番号(マイナンバー)							
	名						昭和 平成 令和		年		月		日生	
	住 所	〒	—											
第 三 者	所	(電話) — —												
	氏	フリガナ					勤 務 先							
	名													
		年 月 日生				(電話)	—		—					
	住 所	〒	—											
		(電話) — —												
	自 賠 責	有・無	保険				証明書番号							
		契約者	氏名					住所						
	任 意	有・無	保険				証券番号							
	車 検 証	所有者	氏名					住所						
使用者		氏名					住所							
車両番号						車台番号								
事 故 概 要	届 出 署					日 時	令和 年 月 日		午前					
	場 所													
	事 故 状 況													
診 療	病 院 名					初 診 日		令和 年 月 日						
						国保等診療開始日		令和 年 月 日						
						初 診 日		令和 年 月 日						
						国保等診療開始日		令和 年 月 日						
						初 診 日		令和 年 月 日						
						国保等診療開始日		令和 年 月 日						
上記のとおり届けます														
令和 年 月 日														
住所														
世帯主 氏名														
広島県安芸郡府中町長														

(注) 1. この届は、国民健康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。