

第三者行為による被害届

被害者	番 号	被保険者証 の記号番号	被保険者 加入者 氏 名		S H	年 月 日生	制度	国保	退職 本人	退職 扶養	
	新 建		—								
加 害 者	住 所			氏 名			職業 電話				
加害者の 使用主	住 所			氏 名			職業 電話				
発 生 日 時	年 月 日 午前 午後 時 分頃 天候			発 生 場 所							
事故発生の 原因及び 状 況											
傷 病 及 び 負傷の程度				治癒までの 見 込 み			全 治				ヶ月 日
医療機関名		当 初			転 医 後						
自動車事故の場合の 加害自動車	自 賠 責 保 険	会 社 名 (共済名)			証 明 書 番 号						
		保 険 期 間			登 録 番 号 (プレート・ナンバー)						
					車 台 番 号						
		契 約 者 住 所			氏 名						
	所 有 者 住 所			氏 名							
任 意 保 険	会 社 名 (共済名)			担 当 者 氏 名		電 話					
	証 券 番 号 (契約番号)			保 険 期 間		年 月 日～ 年 月 日 ヶ月					
	契 約 者 住 所			氏 名							
被保険者の 人身障害補 償保険につ いて		人身障害補償保険		人身障害補償保険を使用する場合							
		有	無	契 約 保 険 会 社 名 (共済名)		担 当 者 氏 名					
						電 話					
示談の 有 無	有	無	交 渉 経 過								
<p>国民健康保険法施行規則第32条6の規定により上記のとおり届け出します。</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">組 合 員 氏 名</p> <p>新潟県建築国民健康保険組合 理事長様</p> <p style="text-align: right;">電 話</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>											

注1. 国保・退職本人・退職者扶養の該当する箇所には○を付けてください。

注2. 示談が成立している場合は、示談書の写を添付してください。
示談が成立していない場合は、交渉経過を詳細に記入してください。

注3. 個人番号(マイナンバー)は「番号」欄に記載して下さい。