

第三者行為による被害届<交通事故>

被保険者 へ被害者 へ	フリガナ 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日(才)	
	連絡先(自宅)	☎			世帯主氏名		続柄			
	連絡先(携帯、勤務先)	☎			職業					
	法 制	国保・退職	記号番号			個人番号				
		後期高齢者	被保険者番号			個人番号	※記載の必要はありません			
被害者加入の人身傷害保険の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 有りの場合 保険会社・担当者() 連絡先☎										
事 故 の 状 況	発 生 日 時	年 月 日		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分頃				
	発 生 場 所									
	事故原因と状況	別紙事故発生状況報告書のとおり								
	警察署への届出	<input type="checkbox"/> 届済 <input type="checkbox"/> 未届		届済の場合 ()警察署						
第 三 者 へ 加 害 者 に 関 す る 事 項	相手者へ 運転者へ	氏 名		フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齢	才	
		住 所	〒 連絡先☎							
		職 業	連絡先(勤務先)☎							
	契約者との関係		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 譲受人 <input type="checkbox"/> 借受人 <input type="checkbox"/> その他()							
	自 賠 責	保険会社			証明書番号					
		契約者氏名			登録番号					
	任 意 保 険	保険会社	連絡先☎							
担当者名				証券番号						
診 療 関 係	主たる傷病		治療を受けた 病院等の名称	(当初) 病院名			(転医) 病院名			
	治療経過	年 月 日現在		<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 治療継続中	<input type="checkbox"/> 中止				
	治療期間	年 月 日 から		年 月 日						
示談の状況		<input type="checkbox"/> 成立した(年 月 日) <input type="checkbox"/> 未成立								
<input type="checkbox"/> 国民健康保険法施行規則第32条の6 <input type="checkbox"/> 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条 により上記のとおりお届けします。 年 月 日 (市町村、国保組合、後期高齢者医療広域連合) 世帯主 住所 長 様 氏名 電話番号 ⑩										
注 1. 被保険者が未成年者の場合は親権者、又は世帯主が届け出てください。 2. 提出時まで不明な点はそのままにして提出し、後日判明次第連絡してください。 3. 自賠責共済、任意共済の場合は「保険」を「共済」と読み替えて記載してください。 4. 示談書が作成してあれば写しを添付して下さい。										