

(参考様式5)

第三者の行為による被害届

被 害 者	被保険者証 の記号番号		被保険者名		年 月 日生		世帯主との続柄
加 害 者	住所		氏 名		職 業	電話	
加 害 者 の使用者	住所		氏 名		職 業	電話	
負傷の日時		午前 年 月 日 午後 時 分頃					
負傷の場所							
負傷の原因 又は状況							
疾 病 又 は 負傷の程度					治癒まで の見込み	入院 日 通院 日 診療費総額 円	
		保険による診療	年 月 日から している・していない				
診療を受けた保険医療機関名		当初				転移後	
自動車 事故の 場合の 加 害 自動車	自賠責保険 契約会社名	保険株式会社 共済組合			証明書番号	第 号	
	契約者住所				契約者氏名		
	所有者住所				所有者氏名		
	登録番号又 は車輦番号				車 台 番 号		
	任 意 保 険	有 (保険株式会社 ・ 共済組合) ・ 無					
損害賠償交渉の経過							
国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により上記のとおり届けます。 年 月 日 世帯主 住所 氏名 印 三重県歯科医師国民健康保険組合理事長 様							
注 1. 疾病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入願います。 2. 損害賠償交渉の経過は、費用負担額および支払者を記入し、示談書写しを添付願います。 3. 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を記入願います。 4. 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願います。							