

第三者の行為による被害届

甲府 (市)・町・村 広域連合 国保組合理事

長 殿

世帯主・被保険者

住所

氏名

印

電話

(国民健康保険法施行規則第32条の6・高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条・介護保険法第21条第1項の規定により)次のとおりお届けします。

被保険者又は受給者(被害者)	被保険者証記号番号 (後高、介護又は公費受給者番号) () 【 公 費 番 号 】【 () 】		人身傷害保険 (特約)の加入		有・無 保険会社名 ()		
	保険種別 一般、退職(未就学児・本人・家族・前期高齢者) ・ 後期高齢者 ・ 介護						
	フリガナ 氏名		住 所				
	年 月 日生・ 歳		電話番号		性別	男・女	職業
世帯主との続柄 親・子・()							
相手方(加害者)	フリガナ 氏名		住 所				
	年 月 日生・ 歳		電話番号		性別	男・女	職業
	保有者との関係 本人・従業員・親族 () ・ その他 ()						
	保有者 (使用主・所有者)	名 称 (代表者)	住 所 (所在地)		TEL		
※任意保険の有無について必ず確認をしてください							
相手方(加害者)の自動車関係	自賠償保険			任意保険(有・無)			
	保 險 契 約 者	氏名					
	住所						
	保 險 会 社 (共 済)			(担 当 者 :)			
	保 險 証 明 書 番 号 (証 券 番 号)						
	保 險 契 約 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで		年 月 日 から 年 月 日 まで			
	車 種	登録番号 車両番号	車体番号				
事故の内容	発 生 日	年 月 日 午前・午後 時 分頃 (天候:)		警察への 届 出	届け出済・未届 (署)		
	発 生 場 所						
	心 身 状 況	被 保 険 者 又 は 受 給 者 (被 害 者)	正 常 ・ い ね む り ・ 疲 勞 ・ 飲 酒 ・ 病 気 ()		事 故 原 因 と 状 況		
		相 手 方 (加 害 者)	正 常 ・ い ね む り ・ 疲 勞 ・ 飲 酒 ・ 病 気 ()				
治 療 関 係	傷 病 名 及 び 傷 病 の 程 度						
	診 療 の 期 間 (見 込 み 期 間)	年 月 日 から 年 月 日 まで		保 險 医 療 機 関 名			
示 談	示 談 が 成 立 し た (年 月 日) ・ 交 渉 中 ・ 示 談 は し な い ・ 示 談 す る 予 定 (月 頃) ・ 裁 判 の 見 込 み						
損 害 賠 償 金 を 受 領 し た 場 合	名	目 金 額 又 は 商 品		受 領 年 月 日			
					年 月 日		
					年 月 日		

※1.交通事故の場合、交通事故証明書、事故発生状況報告書、自賠償(任意)保険証[写]、念書、誓約書、保険・医療給付内訳書、診療報酬明細書[写]、示談の[写](示談書が作成されている場合)を各1部添付してください。※2.添付書類がすぐそろわないものは後日提出してください。※3.不明な部分については次の保険者連絡先へおたずねください。

保険者連絡先 甲府市役所 長寿介護課 保険給付係 TEL055-237-5480(直)