

第三者行為による被害届

被害者	被保険者証の 記号・番号				被保険者 氏名	S H 年 月 日生		制度	国保	退職 本人	退職 扶養
	個人 番号										
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					治ゆまでの 見込み		全治	カ月	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	年 月 日～	カ月	登録番号 (プレート・ナンバー)						
			年 月 日	車台番号							
		契約者 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	カ月			
	契約者 住所			氏名							
被保険者の 人身傷害補償 保険について	人身傷害補償保険		人身傷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条の6の規定により上記のとおり届け出します。</p> <p>平成 年 月 日 住所</p> <p>阿賀町長 様 世帯主 氏名</p> <p>電話</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>											

注1. 国保・退職本人・退職扶養の該当する箇所に○をつけてください。

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「個人番号」欄に記載してください。

過失の度合いに関係なく、被害者の欄には国保の被保険者（あなた様）を記入し、加害者の欄には相手方の情報を記入してください。

第三者行為による被害届

記入例

被害者 氏名	阿賀 太郎										被保険者 氏名	阿賀 太郎				制度	<input checked="" type="radio"/> 国保	退職 本人	退職 扶養												
被害者 個人 番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8		<input checked="" type="radio"/> S	II	30年	1月	1日生													
加害者 住所	〇〇市△△1丁目1番地										氏名	第三 次郎				職業	会社員														
加害者の 使用主	マイナンバーを記入してください。										氏名					職業															
発生日時	平成28年1月10日 <input checked="" type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後 10時00分頃 天候 晴れ										発生場所	〇〇市◇◇2丁目2番地																			
事故発生の 原因及び 状況	〇〇市◇◇2丁目2番地の交差点において青信号を横断しようとしたところ、左折してきた加害者の運転する車と接触した。																														
傷病及び 負傷の程度	右大腿骨骨折、腰部打撲										治ゆまでの 見込み	全治 3カ月 日																			
医療機関名	当初		●●総合病院								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)	△△海上火災保険								証明書番号	□□□〇〇〇〇〇																			
		保険期間	平成26年 5月 1日～ 24カ月 平成28年 5月 1日								登録番号 (プレート・ナンバー)	〇〇530 あ 1234																			
		契約者 住所	〇〇市△△1丁目1番地								氏名	第三 次郎																			
		所有者 住所	同上								氏名	同上																			
任意 保 険	会社名 (共済名)	〇〇損害保険会社								担当者 氏名	〇〇 〇〇				電話	333-444-5555															
	契約番号 (契約書)	×××□□□□								保険期間	平成27年 5月 1日～ 平成28年 5月 1日 12カ月																				
	契約者 住所	〇〇市△△1丁目1番地								氏名	第三 次郎																				
被保険者の 人身傷害補償 保険について	人身傷害補償保険										人身傷害補償保険を使用する場合																				
	有	<input checked="" type="radio"/> 無								加害者（相手方）の自動車保険 の情報を記入してください。				担当者氏名																	
示談の 有無	有		<input checked="" type="radio"/> 無																		交渉経過										
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出します。																															
平成28年 2月 1日										住所 東蒲原郡阿賀町津川580番地										阿賀 太郎 <input checked="" type="radio"/> 印											
阿賀町長 様										世帯主 氏名 阿賀 太郎																					
										電話 0254-92-5761																					

注1. 国保・退職本人・退職扶養の該当する箇所には○をつけてください。

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「個人番号」欄に記載してください。