

## 様式第14（第15条関係）

## 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         | 島65                |               | 被保険者氏名              | フリガナ    | 世帯主との続柄 |
|                                                                                  | 生年月日               | 年 月 日生             |               | 個人番号                |         |         |
| 相手方                                                                              | 氏名                 |                    |               |                     | 職業      | 電話      |
|                                                                                  | 住所                 |                    |               |                     |         |         |
| 相手方の使用主                                                                          | 氏名                 |                    |               |                     | 職業      | 電話      |
|                                                                                  | 住所                 |                    |               |                     |         |         |
| 負傷の日時場所                                                                          | 年 月 日 午前 時 分 午後 場所 |                    |               |                     |         |         |
| 事故発生の原因及び状況                                                                      |                    |                    |               |                     |         |         |
| 傷病名及び負傷の程度                                                                       |                    |                    | 治療までの見込み      | 入院<br>治療終了日<br>(予定) | 通院<br>日 | 日       |
|                                                                                  | 国保診療開始日            | 年 月 日 している ・ していない |               |                     |         |         |
| 診療を受けた医療機関等名                                                                     | 当初受診医療機関名          |                    |               |                     |         |         |
|                                                                                  | 転医後医医療機関名          |                    |               |                     |         |         |
|                                                                                  |                    |                    |               |                     |         |         |
| 自動車事故の場合の加害自動車                                                                   | 自賠責保険契約保険会社名       |                    |               | 証 明 書 番 号           | 第 号     |         |
|                                                                                  | 登録番号<br>車両番号       |                    |               | 車台番号                |         |         |
|                                                                                  | 契約者住所              |                    |               | 契約者                 |         |         |
|                                                                                  | 任意保険の有無            | 有 無                | 有の場合保険会社（共済）名 |                     |         |         |
|                                                                                  | 証券番号               | 第 号                | 保険期間          | 年 月 日               |         |         |
| 損害賠償の交渉経過                                                                        |                    |                    |               |                     |         |         |
| 国民健康保険法施行規則第32条の6の規則により上記のとおりお届けします。<br>年 月 日<br>世帯主 住 所<br>氏 名<br>電 話<br>矢吹町長 様 |                    |                    |               |                     |         |         |

## 備考

- 1 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入して下さい。
- 2 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば〇月〇日見舞品をどれだけ受け取ったとか医療品、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談書の写しを提出してください。
- 3 自動車の引き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いて下さい。
- 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して下さい。