様式第１７号

第三者行為による被害届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 害 者 | | 被保険者証  記号番号 | | | | |  | | | | | | 被保険者名  生年月日 | | | | | | | 年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | 世帯主と  の続柄 | |  | |
| 個人番号  （マイナンバー） | | | | |  |  |  |  |  |  | | |  |  | |  | |  | | |  |  | |  | | | | | | | | | |
| 第 三 者 | | 住 所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | 年　月　日生 | | | | | | | | | 職業 | | 電話 | | | |
| 第三者の  使用者 | | 住 所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | 年　月　日生 | | | | | | | | | 職業 | | 電話 | | | |
| 事故発生の  日時及び場所 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | 午前  午後 | | | | 時　　分頃　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　　か月　　日 | | | | |
| 保険医療  機関等名 | | 当　初 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 転医後 | | | | |  | | | | | | | | |
| 自動車事故の場合の第三者側自動車 | 自賠責保険 | 会社名  （共済名） | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 証明書  番号 | | | | |  | | | | | | | | |
| 保険期間 | | | 年　　月　　日～ | | | | | | | | | か月 | | | | | | | | 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 | | | | |  | | | | | | | | |
| 所有者  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～ | | | | | | | か月 |
| 年　　月　　日 | | | | | | |
| 契約者  住所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | |  | | | | | | | |
| 示談の  有無 | | 有 | 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通りお届けします。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 長　井　市　長　　様 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注）1.損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば　月　日見舞品をどれだけ受取った、医療費、付添の費用はどちらで負担する等を記し、示談が成立した時は示談書写を添付して下さい。

　　2.届出日現在で不明事項については、空白のまま提出してください。

　　　なお、判明次第、長井市市民課医療・年金係へ連絡してください。