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。