

第三者行為による被害届

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------|----------------------------------|--------------------|-------------------------|-------------|--|--|--|--|-------------|
| 被 害 者 | 被保険者証の記号番号 | 74- . | | | | | | | | | |
| 被害者氏名 | | 生 年 月 日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | 組 合 員 との続柄 | | | | | | | |
| 加 害 者 | 住 所 | | | | | | | | | | |
| 加 害 者 氏 名 | | 生 年 月 日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | 職 業 | 電 話 | | | | | | |
| 加 害 者 の 使用 者 氏 名 | | 生 年 月 日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | 職 業 | 電 話 | | | | | | |
| 負 傷 の 日 時 及 び 場 所 | 令和 年 月 日() 午前・午後 時 分頃 【場所】 | | | | | | | | | | |
| 発 病 原 因 又 は 負 傷 時 の 状 況 | | | | | | | | | | | |
| 疾 病 又 は 負 傷 の 程 度 | | | | 治 療 ま で の 見 込 み | 入 院 通 院 診 療 費 総 額 | 日 日 円 | | | | | |
| | 国保使用診療: 年 月 日から使用 | | | | | | | | | | |
| 診 療 を 受 け た 医 療 機 関 名 | 当 初 | | | | 転 移 後 | | | | | | |
| 加 自 害 動 自 車 動 事 車 故 に の つ 場 い 合 て の | 自 賠 責 保 険 契 約 会 社 名 | | | | | | | | | | |
| | 契 約 会 社 所 在 地 | 電 話 | | | | | | | | | |
| | 契 約 者 氏 名 | | | | 証 明 書 番 号 | | | | | | |
| | 契 約 者 住 所 | 電 話 | | | | | | | | | |
| | 所 有 者 氏 名 ・ 住 所 | | | | | | | | | | |
| | 登 録 番 号 又 は 車 両 番 号 | | | | 車 台 番 号 | | | | | | |
| | 任 意 保 険 (対 人) の 有 無 | 有 | 保 険 株 式 (相 互) 会 社 農 業 共 同 組 合 | | | 無 | | | | | |
| | 住 所 電 話 | 担 当 者 名 | | | | | | | | | |
| 損 害 賠 償 に 関 する 交 渉 の 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お届けします。 | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 組合員 住所 氏名 東京芸能人国民健康保険組合理事長 殿 | | | | | | | | | | | |
| 番 号 確 認 | <input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 本人拒否 | | | | | | | | | | 担 当 者 確 認 欄 |
| 本 人 確 認 書 類 種 別 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 2 点 | | | | | | | | | | |
| 個 人 番 号 記 入 欄 | 氏 名 | 個 人 番 号 | | | | | | | | | |
| 被 害 者 (組 合 員) | | | | | | | | | | | |

- 注 1. この届は、東京芸能人国民健康保険組合の被保険者が被害を受けた場合に提出してください。
2. 発病の原因または負傷時の状況は出来るだけ詳細に記入してください。
3. 損害賠償に関する交渉の経過に例えば〇月〇日に見舞金をどれだけ受け取った、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立したときは示談書写しを提出してください。
4. 後日調査を行う際に必要である為、関係者の電話番号・情報は出来るだけ記入してください。