

第三者の行為による被害(傷病)届

被 保 険 者	被保険者氏名		被保険者証番号	性別	生年月日	世帯主 との続柄 (国保の場合)	電話番号	
	フリガナ		個人番号	男・女	明・大・昭・平・令 ・ ・			
第 三 者 (相 手 方)	第三者氏名			第三者住所		性別	生年月日	電話番号
	フリガナ				男・女	明・大・昭・平・令 ・ ・		
	第三者の使用者氏名			第三者の使用者住所			電話番号	
負 傷 状 況	負傷日時				負傷場所			
	年	月	日	AM・PM	時	分頃		
	発症の原因又は負傷の状況(出来るだけ詳細に)							
保 険 使 用 状 況	受診医療機関(事業所)名			保険使用開始日		治療状況		
				年 月 日		治療中・治療終了 【 年 月 日 】		
				年 月 日		治療中・治療終了 【 年 月 日 】		
第 三 者 の 自 動 車 保 険 ・ 任 意 保 険 情 報	自賠責 保険	保険会社 (農協)	保険株式会社 農業協同組合		証明書番号	第 号		
		契約者名	契約者住所					
		所有者名	所有者住所					
		登録・車両番号	車台番号					
		任意保険 対応の有無	有	無	保険株式会社 農業協同組合	担当者名 電話番号		
		交渉の経過(詳細に記載) ※示談後は示談書写を添付			示 談 济 未			
		人身傷害保険 ご利用の有無						
上記のとおりお届けします。								
令和 年 月 日								
_____(市・町・村・国保組合理事)長 奈良県後期高齢者医療広域連合長 殿								
被保険者 住所 氏名								
(国民健康保険のときは「世帯主」の住所・氏名を記載してください)								

国民健康保険は、国民健康保険法施行規則第32条の6の規定に基づく

介護保険は、介護保険法施行規則第33条の2の規定に基づく

後期高齢者医療は、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定に基づく