様式第１９号（第１９条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第三者の行為による被害届 | | | | | | | | | | | | ※ | |  |  |  | | |  |  | |  |  |
| 年　　月　　日  八百津町長  　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　住所（〒　　　－　　　　　）  世帯主　氏名　　　　　　　　　　㊞  　 電話  　国民健康保険法施行規則第32条の６の規定により下記のとおりお届けします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故発生日 | | | 年　　月　　日  午（前・後）　時　　分頃 | | | | 事故発生場所 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 保険種別 | | | 一般・退職本人・退職家族 | | | | 事故原因と状況 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 被害者  (被保険者) | | | 被保険者証記号番号 | |  | | | | | 職業 | |  | | | | | | | | | | | |
| 続柄 | |  | | | | | 性別 | | | | 男・女 | | |
| 個人番号 | |  | | | | |
| (フリガナ) | |  | | | | | 生年月日 | | 明・大・昭・平・令 | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | 年　月　日（　歳） | | | | | | | | | | | |
| 加害者(第三者)に関する事項 | 加害者  (運転者) | | 氏　　名 | |  | | | | | 生年月日 | | 明・大・昭・平・令  　年　月　日（　歳） | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職　　業 | |  | | | | | | 電話 | |  | | | | | | | | | | |
| 保有者 | | 氏　　名 | |  | | | | | | 電話 | |  | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加害者との関係 | | 本人・親族（続柄　　　）・事業主・その他（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 契約者 | | 氏　　名 | |  | | | | | | 電話 | |  | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加害者との関係 | | 本人・親族（続柄　　　）・事業主・その他（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自賠責保険 | 有無 | | 保険会社 |  | | | | 証明書番号 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 任意保険 | 有無 | | 保険会社 |  | | | | 支店名 | | | | | 課名 | | | | 担当者名 | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 証券番号 |  | | | | 電話 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 医療機関の所在地・名称（氏名） | | | | | | 傷病名 | | 初診日 | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | |
| 当初 |  | | | | |  | | 保険診療開始日 | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | |
|  | | | | |
| 転医後 |  | | | | |  | | 診療見込期間 | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | 診療見込金額 | | | | | | | 円 | | | | | | | | |

（注）　※印欄は、保険者にて記入します。