

様式第19号 (第19条関係)

第三者の行為による被害届

※

--	--	--	--	--	--

八百津町長 様	住所 (〒 -) 世帯主 氏名 電話	年 月 日 ⑩
------------	-------------------------------------	------------

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		
	個人番号 (フリガナ)	続柄	性別	男・女
	氏名	生年月日	明・大・昭・平・令 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。