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 |
| 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　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。