

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 | | 年 月 日 | |
| 様 | | 住所 (〒 -) | |
| 世帯主 氏名 | | ⑩ | |
| 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 | |
| | 個人番号 | | 続柄 | 性別 男・女 |
| | (フリガナ) | | 生年 月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) |
| | 氏 名 | | 生年 月日 | 明・大・昭・平 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。