

国民健康保険 第三者行為による被害届

(宛先) 愛西市長										年 月 日									
世帯主 住 所 氏 名 電 話																			
下記のとおり届出します。																			
事故発生日		年 月 日 午前・午後 時 分頃				事故発生 場 所													
事故原因と状況																			
被害者名 (被保険者名)		被保険者証記号・番号				個人番号													
		フリガナ 氏 名				性別		生年月日		年 月 日									
第 三 者 加 害 者 に 関 する 事 項	加害者 (運転者)		フリガナ 氏 名				性別		生年月日		年 月 日								
			住 所																
			職 業		電 話														
	保有者 (契約者)		フリガナ 氏 名				電 話												
			住 所																
			加害者との関係				1 本人 2 親族 () 3 事業主 4 その他 ()												
	自賠償 保 険		有 無	保険会社		証明書 番 号													
	任 意 保 険 (対人)		有	保険会社		支店名		課 名		担当者名									
			無	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		有 ・ 無											
						国保診療 開始日		年 月 日											
転医後						診療見込期間													
						診療見込金額		円											

この申請書に次の書類を添付して提出して下さい。
1. 事故発生状況報告書 2. 交通事故証明書 3. 念書