様式第15号(第12条関係)

第三者の行為による被害届

年　　月　　日

　古殿町長

住所

届出者

(世帯主)氏名

　国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により，次のとおり，届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被害者 | 被保険者証の記号番号 | |  | | | | 個人番号 | | | |  | | | | | | | | | | 区分 | | ・一般  ・退職本人  ・退職被保険者 | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | |
| 加害者 | | | 住所 |  | | | | | 氏名 | | |  | | | | 職業 | | |  | | | 電話番号 | |  |
| 加害者の使用者 | | | 住所 |  | | | | | 氏名 | | |  | | | | 職業 | | |  | | | 電話番号 | |  |
| 負傷の日時及び場所 | | | 年　　月　　日  午前・午後　　時　　分頃 | | | | | | | | | | 場所 | | |  | | | | | | | | |
| 事故の原因及び状況 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名又は負傷の程度 | | |  | | | | | | | | | | 治癒までの見込み | | | | | 入院　　日・通院　　日  診療費総額　　　　　円 | | | | | | |
| 国保による診療 | | | | | 年　　月　　日　している・していない | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療を受けた医療機関の名称及び所在地 | | | 当初 | | 名称 | |  | | | | | | | | 所在地 | | | | |  | | | | |
| 転医後 | | 名称 | |  | | | | | | | | 所在地 | | | | |  | | | | |
| 自動車事故の場合の加害自動車 | | 自賠責保険契約保険会社名 | | | |  | | | | | | | | 証明書番号 | | | | | | 第　　　　　号 | | | | |
| 契約者 | | 氏名 | |  | | | | | | | | 住所 | | | | | |  | | | | |
| 所有者 | | 氏名 | |  | | | | | | | | 住所 | | | | | |  | | | | |
| 登録番号又は車両番号 | | | |  | | | | | | | | 車体番号 | | | | | |  | | | | |
| 任意保険の有無 | | | | 有・無 | | | | 保険会社名  (有りの場合) | | | | | | |  | | | | | | | |
| 損害賠償に関する交渉経過 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

　1　事故の原因及び状況の欄は，詳細に記入してください。

　2　損害賠償に関する交渉経過の欄は，詳細に記入してください。例えば，○○月○○日見舞金をどれだけ受け取り，医療費，付添費用は被害者又は加害者のうちどちらが負担するのか等を記入してください。示談が成立したときは，示談書の写しを添付してください。

　3　ひき逃げ等で加害者が不明の場合は，その旨を記入してください。

　4　後日調査の必要上，関係者の電話番号を記入してください。