

## 第三者の行為による被害届

被保険者名 (被害者名)	被保険者証 番号	職業	性別	生年月日	世帯主 との続柄 (国保の場合)	電話番号	
フリガナ .....			男・女	明・大・昭・平 . .			
※備考							
加害者名	加害者住所		生年月日	性別	電話番号		
フリガナ .....			明・大 昭・平 . .	男・女			
加害者の使用者名	加害者の使用者住所		電話番号				
負 傷 日 時				負 傷 場 所			
平成	年	月	日	AM・PM	時	分頃	
発症の原因又は負傷の状況(出来るだけ詳細に)				治療状況(該当○印)			
				・治療中	【治療終了】	平成 年 月 日	
受診医療機関(事業所)名		負傷の程度		保険による診療			
				平成 年 月 日から			
加害自動車関係	自賠責保険	保険会社 (農協)	保険株式会社 農業協同組合	証明書番号	第	号	
		契約者名	契約者住所				
		所有者名	所有者住所				
	所有者と契約者との関係		本人・譲受人・その他( )				
	加害者と所有者との関係		本人・従業員・親族( )・その他( )				
	登録・車両番号		車台番号				
	任意保険の有無	有	保険株式会社 農業協同組合	(担当者名) Tel	無		
	交渉の経過(詳細に記載) ※示談後は示談書写を添付					示 談	
					済	未	
人身傷害保険へ 請求の有無	有	保険株式会社 農業協同組合	(担当者名) Tel	無			
上記のとおりお届けします。							
				平成 年 月 日			
_____(市・町・村・国保組合理事)長 奈良県後期高齢者医療広域連合長 殿							
世帯主・被保険者			住所				
			氏名	印			
(国民健康保険のときは「世帯主」の住所・氏名を記載してください)							

※備考欄について…国民健康保険(国民健康保険法施行規則第32条の6の規定に基づく)の場合は個人番号の記載をお願いします。