様式第３０号（第３１条関係）

第三者の行為による被害届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被害者 | 被保険者証の記号番号 |  | 被保険者名(被害者名) |  | 世 帯 主との続柄 |  |
| 個人番号 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 加害者 | 住所 |  | 氏名 | 年　　月　　日生 | 職業 | 電話 |
| 加害者の使用者 | 住所 |  | 氏名 | 年　　月　　日生 | 職業 | 電話 |
| 負傷の日時及び場所 | 　　　　　　　　　　　　午前　　年　　月　　日　　　　　　時　　分頃　場所　　　　　　　　　　　　午後 |
| 発病の原因又は負傷時の状況 |  |
| 疾病又は負傷の程度 |  | 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　　日からしている・していない |
| 診療を受けた保険医療機関名 | 当初 |  | 転医後 |  |
| 自動車事故の場合の加害自動車 | 自賠責保険契約会社名 |  | 証明書番号 |  |
| 契約者住所 |  | 契約者氏名 |  |
| 所有者住所 |  | 所有者氏名 |  |
| 登録番号又は車両番号 |  | 車台番号 |  |
| 任意保険(対人)の有無 | 　　　　　　　　　有　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・　無 |
| 損害賠償に関する交渉の経過 |  |
| 　　国民健康保険法施行規則第３２条の６の規定により上記のとおり届けます。　　　　　年　　月　　日世帯主　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印　　　美里町長　　　　　　　様 |

注　１　発病の原因又は負傷時の状況は、できるだけ詳細に記入してください。　　２　損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば○月○日見舞品をどれだけ受け取った、医療費等の費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書の写しを提出してください。　　３　自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合は、その旨を書いてください。　　４　後日調査の必要上関係者の電話番号等は、できるだけ記入してください。 |