

記入例

赤文字→必須項目

水色文字→任意（分かる範囲）

第三者の行為による被害届

世帯主から見てのご関係をご記入ください

保険証でご確認ください

被害者氏名・生年月日をご記入ください

被害者	被保険者証の記号番号	益城・ △△△	被保険者名 (被害者名)	益城 太郎 平成△年△月△日生	世帯主との続柄	子
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	令和△年△月△日		午前 午後	11時15分頃、場所 宮園702付近		
発病の原因又は負傷時の状況	車同士の交通事故		事故発生日をご記入ください			
疾病又は負傷の程度	右足骨折		けがの状況をご記入ください		治ゆまでの見込み	入院 通院 10日 治療費総額 10万円
	国保による診療	令和□年□月□日から		している、していない		
治療を受けた療養取扱機関名	当初	熊本〇〇病院		転院後	益城□□病院	
自動車事故の場合の自動車	自賠責保険契約会社名	保険株式(相互)会社 農業協同組合		証明書番号	第 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 (保険株式(相互)会社、無 農業協同組合)		
損害賠償に関する交渉の経過	担当 (TEL)					
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お届けします。 令和△年△月△日 記入日						
益城町長 様		世帯主 住所 益城町□□□		氏名 益城 太郎		印
特記事項		被保険者(世帯主)連絡先: □□□-□□□□		被保険者もしくは世帯主の連絡先をご記入ください		

治療完了するまでの見込みの日数・治療費額をご記入ください

初めて国保を利用して病院受診をした日をご記入ください

転院された場合、その病院をご記入ください

最初に受診された病院をご記入ください

世帯主の住所・氏名をご記入ください

押印をお願いします

- 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、詳細に例えば〇月〇日見舞品をどれだけ受け取った、医療費、付添い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。