

様式2 (第3条関係)

第三者行為による被害届

被 保 険 者 (受 給 者)	保険種別	国保一般・退職本人・退職家族				
	証記号		証番号		受給者番号	
氏 フリガナ						男・女
	名					年 月 日生 歳
住 所	〒 -					(電話) - -
	氏 フリガナ				勤務先	
名					勤務先	
	年 月 日生 男・女 歳					(電話) - -
住 所	〒 -					(電話) - -
	自 賠 責	有・無	保険		証明書番号	
契約者 氏名					住所	
任 意	有・無	保険		証券番号		
	所有者 氏名				住所	
車 検 証	使用者 氏名				住所	
	車両番号				車台番号	
事 故 概 要	届出署		日時	年 月 日 午前 午後 時 分頃		
	場所					
診 療	病院名	初診日		年 月 日		
		国保等診療開始日		年 月 日		
		初診日		年 月 日		
		国保等診療開始日		年 月 日		
		初診日		年 月 日		
		国保等診療開始日		年 月 日		
上記のとおり届けます 年 月 日 住所 三次市長 様 世帯主 氏名						

- (注) 1. この届は、国民健康保険の被保険者、介護保険の被保険者が被害を受けた場合提出してください。
 2. 事故状況は、できるだけ詳細に記入してください。
 3. 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。