

|                                                                                |                |                              |                          |               |                |                     |             |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------|--------------------------|---------------|----------------|---------------------|-------------|--|--|
| 第 三 者 の 行 為 に よ る 被 害 届                                                        |                |                              |                          |               |                |                     |             |  |  |
| 被害者                                                                            | 被保険者証<br>の記号番号 | 神                            | 被保険者氏名<br>・個人番号<br>・生年月日 |               | 年 月 日 生        |                     | 世帯主<br>との続柄 |  |  |
| 加害者                                                                            | 住所             | 電話                           |                          | 氏名            | 年 月 日 生        |                     | 職業          |  |  |
| 加害者の<br>使用者                                                                    | 住所             | 電話                           |                          | 氏名            | 年 月 日 生        |                     | 職業          |  |  |
| 負傷の日時<br>場 所                                                                   |                | 年 月 日                        |                          | 午前 時 分頃<br>午後 |                | 場所                  |             |  |  |
| 事故発生の原因<br>及 び 状 況                                                             |                |                              |                          |               |                |                     |             |  |  |
| 傷病名及び<br>負傷の程度                                                                 |                |                              |                          |               | 治ゆまでの<br>見込み   | 入 院<br>通 院<br>診療費総額 | 日<br>日<br>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<br>病院又は診療所                                                              |                | 当初                           |                          |               |                | 転医後                 |             |  |  |
| 自動車<br>事故の<br>場合の<br>加害<br>自動車                                                 | 自賠責保険<br>契約会社名 |                              |                          |               | 登録番号<br>車両番号   |                     |             |  |  |
|                                                                                | 自賠責保険<br>契約者住所 |                              |                          |               | 自賠責保険<br>契約者氏名 |                     |             |  |  |
|                                                                                | 所有者住所          |                              |                          |               | 所有者氏名          |                     |             |  |  |
|                                                                                | 任意保険の有無        | 有 ・ 無                        |                          |               | 有の場合の<br>保険会社名 |                     |             |  |  |
|                                                                                | 証券番号           |                              |                          |               |                |                     |             |  |  |
|                                                                                | 任意保険<br>契約者住所  |                              |                          |               | 任意保険<br>契約者氏名  |                     |             |  |  |
| 損害賠償に関する<br>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。<br>令和 年 月 日<br>埼玉県児玉郡神川町長 様<br>世帯主 住所<br>氏名 |                |                              |                          |               |                |                     |             |  |  |

- 注 1 事故発生の原因、発生時の状況はできるだけ詳細に記入してください。
- 2 損害賠償の交渉経緯は、詳細に(例えば、○月○日見舞金をどれだけ受け取る。医療費はどちらで負担する等。)記入し、示談が成立したときは示談書の写しを提出してください。
- 3 後日の調査のために関係者の電話番号を記入してください。