

第三者行為による被害届<交通事故>

| | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---|--|--|-------------|-----------------------------|-------------|---|--------|---|
| 被 保 険 者 へ 被 害 者 ▽ | フリガナ 氏 名 | | 性 別 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 | | 年 月 日(才) | | | |
| | 連絡先(自宅) | | ☎ | | | | 世帯主氏名 | | 続柄 | | |
| | 連絡先(携帯、勤務先) | | ☎ | | | | 職業 | | | | |
| | 法 制 | 国保・退職 | 記号番号 | | | | 個人番号 | | | | |
| | | 後期高齢者 | 被保険者番号 | | | | 個人番号 | | ※記載の必要はありません | | |
| 被害者加入の人身傷害保険の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 有りの場合 保険会社・担当者() 連絡先☎ | | | | | | | | | | | |
| 事 故 の 状 況 | 発 生 日 時 | | 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 | | 時 分頃 | | | | |
| | 発 生 場 所 | | | | | | | | | | |
| | 事故原因と状況 | | 別紙事故発生状況報告書のとおり | | | | | | | | |
| | 警察署への届出 | | <input type="checkbox"/> 届済 <input type="checkbox"/> 未届 | | 届済の場合 ()警察署 | | | | | | |
| 第 三 者 へ 加 害 者 ▽ に 関 す る 事 項 | 相 手 者 へ 運 転 者 ▽ | 氏 名 | | | フリガナ | | | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 齢 | 才 |
| | | 住 所 | 〒 連絡先☎ | | | | | | | | |
| | | 職 業 | 連絡先(勤務先)☎ | | | | | | | | |
| | | 契約者との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 譲受人 <input type="checkbox"/> 借受人 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | |
| | 自 賠 責 | 保険会社 | | | 証明書番号 | | | | | | |
| | | 契約者氏名 | | | 登録番号 | | | | | | |
| | 任 意 保 険 | 保険会社 | 連絡先☎ | | | | | | | | |
| | | 担当者名 | | | 証券番号 | | | | | | |
| 診 療 関 係 | 主たる傷病 | | | | 治療を受けた 病院等の名称 | (当初) 病院名 | | (転医) 病院名 | | | |
| | 治療経過 | | 年 月 日現在 | | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 | | <input type="checkbox"/> 中止 | | | | |
| | 治療期間 | | 年 月 日 から | | 年 月 日 | | | | | | |
| 示談の状況 | | <input type="checkbox"/> 成立した(年 月 日) <input type="checkbox"/> 未成立 | | | | | | | | | |
| □国民健康保険法施行規則第32条の6 □高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条 により上記のとおりお届けします。 年 月 日 世帯主 住所 宮古市長 様 氏名 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 注 1. 被保険者が未成年者の場合は親権者、又は世帯主が届け出てください。 2. 提出時まで不明な点はそのままにして提出し、後日判明次第連絡してください。 3. 自賠責共済、任意共済の場合は「保険」を「共済」と読み替えて記載してください。 4. 示談書が作成してあれば写しを添付して下さい。 | | | | | | | | | | | |

第三者行為による被害届<交通事故>

チェックボックス□の項目はいずれかに
✓してください。

被保険者証をご確認ください。

あなた自身が任意保険の人身傷害保険に加入しているかご確認ください。

交通事故証明書をご確認の上、転記してください。

事故の相手方に関して把握している事項を記載してください。

相手方が契約している自賠責保険について把握している事項を記載してください。

相手方が任意保険に加入している場合、把握している事項を記載してください。

事故により負傷した主な病名を記載してください。(例...右足骨折、頸椎捻挫など)

相手方との示談の状況を記載してください

届出年月日を記載してください。

届け先を記載してください。

- ・国保の方はご加入の市町村
- ・後期高齢者(主に75歳以上)の方は岩手県後期高齢者医療広域連合
- ・医師国保組合の方は岩手県医師国民健康保険組合

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|--|---|------|---|---|-----|
| 被保険者 へ被害者 V | フリガナ 氏 名 | | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 | 年 月 日 () | | |
| | 連絡先(自宅) | | ☎ | | | | 世帯主氏名 | | 続柄 |
| | 連絡先(携帯、勤務先) | | ☎ | | | | 職業 | | |
| | 法 制 | 国保・退職 | 記号番号 | | | 個人番号 | | | |
| 後期高齢者 | | 被保険者番号 | | | 個人番号 | | ※記載の必要はありません | | |
| 事故の 状況 | 被害者加入の人身傷害保険の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し | | | | | | | | |
| | 有りの場合 保険会社・担当者() 連絡先☎ | | | | | | | | |
| | 発 生 日 時 | 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 | | 時 分頃 | | | |
| | 発 生 場 所 | | | | | | | | |
| 第三者へ 加害者 V に 関 する 事 項 | 事故原因と状況 別紙事故発生状況報告書のとおり | | | | | | | | |
| | 警察署への届出 | | <input type="checkbox"/> 届済 <input type="checkbox"/> 未届 | | 届済の場合 ()警察署 | | | | |
| | 相手者へ 運転者 V | 氏 名 | フリガナ | | | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 齢 |
| 診療 関係 | 住 所 | 〒 連絡先☎ | | | | | | | |
| | 職 業 | 連絡先(勤務先)☎ | | | | | | | |
| | 契約者との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 譲受人 <input type="checkbox"/> 借受人 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| | 自賠責 | 保険会社 | | | 証明書番号 | | | | |
| | 任意保険 | 契約者氏名 | | | 登録番号 | | | | |
| 診 療 関 係 | 保 険 会 社 | 連絡先☎ | | | | | | | |
| | 担当者名 | | | 証券番号 | | | | | |
| | 主たる傷病 | | | 治療を受けた 病院等の名称 | (当初) 病院名 入外区分 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 | | (転医) 病院名 入外区分 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 | | |
| 示談の 状況 | 治療経過 | 年 月 日現在 | | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止 | | | | | |
| | 治療期間 | 年 月 日 から | | 年 月 日 | | | | | |
| | 示談の状況 | <input type="checkbox"/> 成立した(年 月 日) <input type="checkbox"/> 未成立 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険法施行規則第32条の6 <input type="checkbox"/> 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条 により上記のとおりお届けします。 年 月 日 (市町村、国保組合、後期高齢者医療広域連合) 世帯主 住所 長 様 氏名 電話番号 | | | | | | | | | |