

## 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 へ	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	
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☎							
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 へ	相 手 者 へ 運 転 者 へ	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 に 関 する 事 項	任 意 保 険 に 関 する 事 項	保険会社			証明書番号			
		契約者氏名			登録番号			
		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		
		入外区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	入外区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来			
		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			
診 療 関 係	主 たる 傷 病	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						
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. 提出時までに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。								

治療を受けた病院等を記載してください。な  
お、病院を転医された場合は、転医先も記  
載してください。

事故の負傷における現在の治療の状況を  
記載してください。

被保険者の属する世帯の世帯主が届出人  
となります。世帯主が負傷等で記載できな  
いときは家族の方が記載してください。捺印  
も忘れずに行ってください。