

様式第9号(第10条関係)

第三者の行為による被害届										
被害者	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	み 涌 ・ A	被 保 険 者 名		世 帯 主 と の 続 柄					
			生 年 月 日		年 月 日					
個 人 番 号					電 話 番 号					
加害関係事項	加 害 者	住 所			電 話 番 号					
		氏 名			職 業					
	事 故 状 況	発 生 の 日 時		年 月 日		午 前 午 後		時 分 頃		
		発 生 の 場 所								
		事 故 原 因 及 び 状 況								
	使 用 者 (監 督 名)	所 在 地 (住 所)								
名 称										
代 表 者 名 (氏 名)			電 話 番 号							
診療関係事項	傷 病 名 又 は 負 傷 の 程 度		初 診 日		年 月 日					
			治 癒 ま で の 見 込 み		入 院 通 院 診 療 費 総 額		日 日 円			
診 療 を 受 け た 医 療 機 関		当 初			転 医 後					
損害賠償に関する事項	示 談 状 況	有 ・ 無	示 談 の と き	合 計 金 額		円				
				内 訳	治 療 費		円	慰 謝 料		円
	入 院 費		円		休 業 障 害 補 償		円			
	看 護 料		円		見 舞 金		円			
	移 送 料		円		そ の 他		円			
	損 害 賠 償 に 関 す る 交 渉 の 経 過									
自 動 車 の 場 合 事 故	登 録 番 号		自 動 車 保 有 者 氏 名 住 所		電 話 番 号					
	車 台 番 号									
自 動 車 損 害 賠 償 責 任 保 険		有 ・ 無	保 險 会 社 名		電 話 番 号		保 險 証 明 書 の 記 号 番 号			
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。 年 月 日 世帯主 住所 氏名 涌谷町長 殿 個人番号										

- 注 1 事故原因及び状況並びに傷病名又は負傷の程度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○月○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。