

## 第三者の行為による被害(傷病)届

被 保 険 者	被保険者氏名		被保険者証番号		性別	生年月日	世帯主 との続柄 (国保の場合)	電話番号	
	フリガナ				男・女	. .			
			個人番号						
第 三 者 ( 相 手 方 )	第三者氏名		第三者住所		性別	生年月日	電話番号		
	フリガナ				男・女	. .			
	第三者の使用者氏名		第三者の使用者住所				電話番号		
負 傷 状 況	負傷日時				負傷場所				
	年	月	日	AM・PM	時	分			
	発症の原因又は負傷の状況(出来るだけ詳細に)								
保 険 使 用 状 況	受診医療機関(事業所)名			保険使用開始日		治療状況			
				年 月 日		治療中 ・ 治療終了 【 年 月 日 】			
				年 月 日		治療中 ・ 治療終了 【 年 月 日 】			
				年 月 日		治療中 ・ 治療終了 【 年 月 日 】			
第 三 者 の 自 動 車 保 険 ・ 任 意 保 険 情 報	自 賠 責 保 険	保険会社 (農協)		保険株式会社 農業協同組合		証明書番号	第 号		
		契約者名		契約者住所					
		所有者名		所有者住所					
	登録・車両番号		車台番号						
	任意保険 対応の有無		有	無	保険株式会社 農業協同組合		担当者名 電話番号		
	交渉の経過(詳細に記載) ※示談後は示談書写を添付							示 談 済 未	
人身傷害保険 ご利用の有無		有	無	保険株式会社 農業協同組合		担当者名 電話番号			
上記のとおりお届けします。									
							年	月	日
_____(市・町・村・国保組合理事)長 奈良県後期高齢者医療広域連合長 殿									
世帯主・被保険者				住所		氏名		印	
(国民健康保険のときは「世帯主」の住所・氏名を記載してください)									

国民健康保険は、国民健康保険法施行規則第32条の6の規定に基づく  
 介護保険は、介護保険法施行規則第33条の2の規定に基づく  
 後期高齢者医療は、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定に基づく