

第三者の行為による被害届

令和 年 月 日

郡山市長

届出者（世帯主）住所 _____

氏名 _____ ㊞ 電話 _____

国民健康保険法施行規則第 32 条の 6 の規定により、次のとおり届け出ます。

被害者	被保険者証の記号番号	島 3				被保険者名 (被害者名)	昭和・平成・令和 年 月 日生			
	個人番号								世帯主との続柄	
加害者	住所					氏名			職業	電話
加害者の使用者	住所					氏名			職業	電話
発病の日時及び場所		年 月 日 午前 午後				時 分頃、場所				
発病原因又は負傷時の状況										
疾病又は負傷の程度						治療までの見込み	入院 通院 診療費総額	日 日 円		
	国保による診療	年 月 日から している ・ していない								
診療を受けた療養取扱機関名	当初					転院後				
自動車事故の場合の加害自動車	自賠責保険契約会社名					証明書番号				
	契約者住所					契約者氏名				
	所有者住所					所有者氏名				
	登録番号又は車両番号					車体番号				
	任意保険（対人）の有無	有（ _____ 保険会社（相互）会社 _____ 農業共同組合 _____ ）					・ 無			
損害賠償に関する交渉の経過										

市 確 認 欄	受付者	個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
		申請人の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
		代理権の確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
		代理人氏名等	氏名（ _____ ）申請人との関係（ _____ ）
		代理人の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

