様式第２０（第１５条関係）

第三者行為による被害届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被害者 | | 資格確認書等の記号番号 | | | 島４２ | | | 氏名 | | | | | 年　月　日生 | | | | | | | | | | | | 世帯主との関係 | | | | | | | |  | | |
| 個人番号 | | | | |  | |  | | |  | |  | | | |  | | |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 加害者 | | 住所 |  | | | | | | | 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | 職業 | | | | 電話 | | | | | | |
| 加害者の使用主 | | 住所 |  | | | | | | | 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | 職業 | | | | 電話 | | | | | | |
| 負傷の日時場所 | | 年　　　月　　　日　　午前　　　時　　　分頃  　　　　　　　　　　　　　　　　午後 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 場所 | | | |  | | | | | | |
| 事故発生の原因及び状況 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名及び負傷の程度 | |  | | | | | | | 治癒までの  見込み | | | | | 入院　　　日　　通院　　　日  診療費総額　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 国保による診療 | | | | 年　　　月　　　日　している・していない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療を受けた  病院又は医院 | | 当　初　医院名 | | | |  | | | | | | | | | | 住所 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 転医後　医院名 | | | |  | | | | | | | | | | 住所 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自動車事故の場合の加害自動車 | 自賠責保険契約保険会社社名 | | |  | | | | | | | | | | | | 証明書番　号 | | | | | | | 第　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | |
| 登録番号  車両番号 | | |  | | | | | | | | | | | | 車名  番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 契約者住所 | | |  | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所有者住所 | | |  | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 任意保険の有無 | | | 有・無 | | | 有の場合保険会社（共済名） | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 証券番号 | | | 第　　　　　　　　号 | | | | | | | 保険期間 | | | | | | 年　　　月　　　日  　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 契約者住所 | | |  | | | | | | | | | | | | | 氏　名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 損害賠償の  交渉経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     電話  北塩原村長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注　1　事故発生の原因、発生時の状況はできるだけ詳細に記入してください。

　　2　損害賠償の交渉経過は、詳細に例えば〇月〇日見舞金をどれだけ受けとり、医療費、付添費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立したときは示談書の写しを提出してください。

　　3　後日調査の必要上関係者の電話番号を記入してください。