

## 第三者の行為による被害届書

被害者	被保険者番号	桶〇〇-〇〇〇〇		世帯主との続柄	本人	
	被保険者氏名 (被害者名)	桶川 太郎		個人番号	1234 1234 1234	
加害者 (相手方)	住所	〒330-0000 さいたま市大宮区〇〇-〇〇〇〇		電話番号	048(〇〇〇)〇〇〇〇	
		氏名	健康 花子		生年月日	S〇〇年 〇〇月 〇〇日 生
	職業				〇〇工業株式会社	
	加害者の 使用主等	住所	〒 -		電話番号	( )
		氏名			生年月日	年 月 日 生
	職業					
事故及び負傷の状況	負傷の日時及び場所	令和 〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇時 〇〇分頃 場所: 上尾市緑丘				
	発病の原因又は負傷時の状況	交差点内で乙車両が南向きで直進しているところに甲車両が急に右折してきたため乙車両の側面に衝突した。その際、頭部と腰を負傷した。				
	傷病名	頭部打撲 腰椎捻挫		治ゆまでの見込み	入院 〇日 通院 〇日 診療費総額 〇〇〇円	
	国保による診療	令和 〇年 〇〇月 〇〇日 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">している</span> <input type="checkbox"/> していない				
	診療を受けた 保険医療 機関名	①〇〇〇病院	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">(入院・外来)</span>		自 令和 〇年 〇〇月 〇〇日 至 令和 〇年 〇〇月 〇〇日	治療中
②〇〇〇病院		<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">(入院・外来)</span>		自 令和 〇年 〇〇月 〇〇日 至 令和 〇年 〇〇月 〇〇日	治療中	
③		(入院・外来)		自 令和 年 月 日～ 至 令和 年 月 日	治療中	
損害賠償金の支払状況	交渉経過を記入してください  示談の状況 あり <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">なし</span> (〇で囲む)					

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。

令和 〇年 〇〇月 〇〇日

世帯主  
(被害者)

住所 桶川市泉〇-〇〇-〇  
氏名 桶川 太郎

個人番号 1234 1234 1234

電話番号 048-〇〇〇-〇〇〇〇



(裏面もあります)

加害者（相手方）の自動車保険の加入状況	自賠責保険（強制保険）	保険会社名 （共済・農協）	〇〇保険株式会社
		証明書番号	Z111111
		保険契約期間	令和〇年〇〇月〇〇日から 令和〇年〇〇月〇〇日まで
		契約者住所	〒330-0000 さいたま市大宮区〇〇-〇〇〇〇
		契約者氏名	健康 太郎
		所有者住所	〒 -
		所有者氏名	
		登録番号 （ナンバープレート）	大宮500 あ〇〇〇〇
		車台番号	GF-Z999Z
任意保険	任意保険	任意保険（対人） 加入の有無	<u>あり</u> ・ なし （○で囲む） ※「あり」の場合は下記を記入
		保険会社名 （共済・農協）	××保険株式会社
		担当者名	損害 一郎
		連絡先	048-123-4567
		証券番号	Z-999-99999

- 注 1 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に、また、自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を記入してください。
- 2 「損害賠償金の支払状況」欄の交渉経過については、詳細に例えば〇月〇日見舞品をどれだけ受け取った、医療費等の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、関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。