

第三者の行為による被害届

被保険者証記号番号					
被保険者氏名 (被害者)		生年月日	昭・平・令	年 月 日	
負傷の状況	負傷日時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃			
	負傷場所				
	疾病又は負傷の程度	治ゆまでの見込み	入院 通院 診療費総額	日 日 円	
治療状況	診療を受けた医療機関の住所・名称	当初 転医後			
相手方(加害者)	住所	〒			
	氏名		電話番号		
	使用者又は親権者の住所	〒			
	使用者又は親権者の氏名		電話番号		
自動車事故の場合の相手方自動車	自賠責保険	住所	〒		
		会社名		電話番号	
		契約者住所・氏名	〒		
		保有者住所・氏名	〒		
	証明書番号				
	任意保険	住所	〒		
		会社名		電話番号	
		契約者住所・氏名	〒		
証明書番号			担当者		
損害賠償に関する交渉の経過					
上記のとおり届けます。 令和 年 月 日 (〒 -) 住所 _____ 組合員 氏名 _____ (印) 電話 (日中連絡先) _____ 建設連合国民健康保険組合殿					
※ 注意事項(届出する前によく読んでください。) 1. 損害賠償に関する交渉の経過は詳細に、例えば○月○日に見舞品をどれだけ受取った、医療費等の費用はどちら側で負担するなどを記入し、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。 2. 轆き逃げ等で相手方がわからない場合は、相手方の氏名欄に「相手不明」と記入してください。 3. 事件・事故の状況を把握する必要があるため、相手方及びその関係者に関する項目はできるだけ記入してください。					

本部
受付印

事務局長	事務局次長	課長	担当者	支部長

支部
受付印