

## 第三者の行為による被害届

被保険者名 (被害者名)	フリガナ .....	被保険者証 番号	職業	性別	生年月日	世帯主 との続柄 (国保の場合)	電話番号	
		※備考		男・女	明・大・昭・平 . .			
加害者名	フリガナ .....	加害者住所		生年月日	性別	電話番号		
				明・大 昭・平 .	男・女			
加害者の使用者名	加害者の使用者住所				電話番号			
負 傷 日 時				負 傷 場 所				
平成 年 月 日 AM・PM 時 分頃								
発症の原因又は負傷の状況(出来るだけ詳細に)				治療状況 (該当○印)				
				・治療中 ..... 【治療終了】 平成 年 月 日				
受診医療機関(事業所)名		負傷の程度		保険による診療				
				平成 年 月 日から				
加害自動車関係	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					
	所有者と契約者との関係		本人・譲受人・その他( )					
	加害者と所有者との関係		本人・従業員・親族( )・その他( )					
	登録・車両番号		車台番号					
	任意保険の有無	有	保険株式会社 農業協同組合		(担当者名) TEL	無		
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	
人身傷害保険へ 請求の有無	有	保険株式会社 農業協同組合		(担当者名) TEL	無			
上記のとおりお届けします。								
				平成 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						
		住所						
		世帯主・被保険者						
		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)								

備考欄については国民健康保険の場合は個人番号(マイナンバー)の記載をお願いします。

加害者が業務中の事故の場合に記入する。

事故の状況及び治療状況を記入する。

病院等に確認して記入する。

加害者の自賠責保険を記入する。

(契約者・所有者が同一であっても空欄にしないこと。)

加害者の任意保険を記入する。

交渉中の場合は、その経過を記入する。

被保険者が加入している人身傷害保険に対して請求される場合は記入する。

世帯主が署名・押印する。

※備考欄について…国民健康保険(国民健康保険法施行規則第32条の6の規定に基づく)の場合は個人番号の記載をお願いします。

◎原本は保険者にて保管いただき、複写分を連合会に送付願います。  
(※国民健康保険の場合は個人番号枠をマスキングして送付願います。)

◎本用紙は、第三者行為による傷害事故に関し、被害者が国民健康保険から保険給付を受けた場合に、国民健康保険法施行規則第32条の6、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条により、被害者に提出が義務付けられています。また、介護保険から介護給付を受けた場合にも提出が必要な被害届です。共同不法行為による場合など加害者が複数いる場合は、加害者ごとに提出して下さい。

◎交通事故証明書で確認できる箇所(住所・氏名・自賠責保険会社)については、記載内容が一致しているか確認ください。