

第三者の行為による被害届

被 保 険 者	住 所					
	氏 名		生年月日		組合員と の続柄	
事故発生年月日	令和	年	月	日	午前・午後	時 分頃
事故発生場所						
病 院 名 等	当初				転 医 後	
保 険 に よ る 診 療	年 月 日から、している・していない				入 院 ・ 通 院	
事 故 の 状 況	右項に図示してください					
相 手 方 と の 契 約	示談未済・示談成立 令和 年 月 日					
傷 病 者	徒歩・自転車・バイク・乗用車(軽・普)・トラック					
相 手 方	自転車・バイク・乗用車(軽・普)・トラック・バス・タクシー・その他					

相 手 方	氏 名	男 女	年齢	職業	親権者名
	住 所	電話 ()			
手 使 用 者	勤 務 先	電話 ()			
	使 用 者				
交 通 事 故 の 場 合	自 賠 責 保 険	会社名		証明書番号	
	任 意 保 険	会社名		証券番号	
	任 意 担 当 者			電話 ()	

* 事故証明書を添付してください

国民健康保険法施行規則第32条の4の規定により上記のとおり、お届けします。

令和 年 月 日

京都市食品衛生国民健康保険組合理事長 殿

住所
組合員
氏名

印

- (注) 1. この届は国民健康保険の被保険者が被害を受けた場合に提出してください。また、できるだけ詳細に記入してください。
2. 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いてください。
3. 示談が成立している場合は示談書の写を添付してください。