

## 第三者行為による被害届（傷害）

被害者	被保険者証の記号番号				—	組合員 との続柄		本人・家族		
	フリガナ					性別	生年 月日	昭和 平成	年 月 日	
	氏名					男・女	月 日		年 月 日	
事故 の 状 況	受傷日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分 頃								
	受傷場所									
	受傷原因と状況 <small>（どのようにして受傷したか具体的に記入してください）</small>									
	警察署への届出	届済・未届（いずれかに○印）								
加害者 に 関 する 事 項	加害者	フリガナ					性別	生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
		氏名					男・女	月 日		年 月 日
		住所	〒				電話(自宅)			
	保護責任者	氏名					電話(自宅)			
		住所	〒				電話(勤務先)			
		連絡先(勤務先)					電話(勤務先)			
加害者との関係										
診療した医療機関	医療機関名									
	診療期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日								
診療した医療機関	医療機関名									
	診療期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日								
示談の状況	有 無									
<p>関東信越税理士国民健康保険組合理事長 様</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">(組合員) 氏 名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="margin-top: 20px;">注 1 提出時まで不明な点は、そのままにして提出し、後日判明した時点で御連絡ください。</p>										