

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 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 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 印</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p>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>										