

## 第三者の行為による被害(傷病)届

被 保 険 者	被保険者氏名		被保険者証番号		性別	生年月日	世帯主 との続柄 (国保の場合)	電話番号
	フリガナ				男 ・ 女	明・大・昭・平 . .		
			個人番号					
第 三 者 ( 相 手 方 )	第三者氏名		第三者住所		性別	生年月日	電話番号	
	フリガナ				男 ・ 女	明・大・昭・平 . .		
	第三者の使用者氏名		第三者の使用者住所				電話番号	
負 傷 状 況	負傷日時				負傷場所			
	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)							
保 険 使 用 状 況	受診医療機関(事業所)名			保険使用開始日		治療状況		
				年 月 日		治療中 ・ 治療終了 【 年 月 日 】		
				年 月 日		治療中 ・ 治療終了 【 年 月 日 】		
				年 月 日		治療中 ・ 治療終了 【 年 月 日 】		
第 三 者 の 自 動 車 保 険 ・ 任 意 保 険 情 報	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					
		登 録 ・ 車 両 番 号		車 台 番 号				
		任 意 保 険 対 応 の 有 無	有	無	保 険 株 式 会 社 農 業 協 同 組 合	担 当 者 名 電 話 番 号		
		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 ご 利 用 の 有 無	有	無	保 険 株 式 会 社 農 業 協 同 組 合	担 当 者 名 電 話 番 号			

上記のとおりお届けします。

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

世帯主・被保険者

住所  
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)

国民健康保険は、国民健康保険法施行規則第32条の6の規定に基づく

介護保険は、介護保険法施行規則第33条の2の規定に基づく

後期高齢者医療は、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定に基づく