様式第27号(第28条関係)

第三者の行為による被害届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被害者 | 被保険者名 | 　 | 被保険者証の記号番号 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 世帯主との続柄 |  |
|  |
| 加害者 | 氏名 | 　 | 職業 | 　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 電話 |  |
| 住所 | 　 |
| 加害者の使用者 | 氏名 | 　 | 職業 | 　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 電話 | 　 |
| 住所 |  |
|  |
| 負傷の日時 | 　　　年　　月　　日　　午前・午後　　　　時　　　分頃 |
| 負傷の場所 | 　 |
| 発病の原因又は負傷時の状況 | □交通事故　　　□交通事故以外（　　　　　　　　　　　　　）□労災対象以外　□業務・通勤中 |
| 疾病又は負傷の程度 | 　 | 治癒までの見込み | 入院　　　　　日通院　　　　　日診療費総額　　　　　円 |
| 国保による診　療 | 年　　月　　日から　治療中・治癒 |
| 診療を受けた保険医療機関名 | 当　初 | 　 |
| 転医後 | 　 |
| 自動車事故の場合の加害自動車 | 自賠責保険契約会社名 | 　 | 証明書番号 | 　　　第　　　　　号 |
| 契約者 | 氏名 | 　 | 住所 | 　 |
| 所有者 | 氏名 | 　 | 住所 | 　 |
| 登録番号又は車両番号 | 　 | 車台番号 | 　 |
| 任意保険(対人)の有無 | 有(会社名　　　　　　　　　　　　　　　)・無 |
| 損害賠償に関する交渉の経過 | (示談が成立しているときは，示談書の写しを添付のこと。) |

　　国民健康保険法施行規則第32条の6に基づき，上記のとおり届けます。

　年　　月　　日

　　大崎市長　様

届出人

(世帯主)　住所

氏名

電話　　　　　(　　　)