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　　　　　(　　　)