

様式第11号

第三者行為による被害届

被 告 者	番 号				被保険者 加 入 者 氏 名	S H 年 月 日 生	制度	国保	退職 本 人	退職 扶養	
	被保険者証 の記号番号		新建 一								
加 害 者	住 所				氏 名				職業 電話		
加害者の使 用 主	住 所				氏 名				職業 電話		
発 生 日 時	年 月 日 午前 午後 時 分 頃 天 候				発 生 場 所						
事故発生の 原 因 及 び 状 況											
傷 病 及 び 負 傷 の 程 度						治 癒 ま で の 見 込 み	全 治 ケ 月 日				
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	会 社 名 (共済名)				証明書番号					
		保 险 期 間				登 錄 番 号 (プレート・ナンバー)					
		契 約 者 住 所				車 台 番 号					
		所 有 者 住 所				氏 名					
任 意 保 険	会 社 名 (共 済 名)				担 当 者 氏 名				電 話		
		証券番号 (契約番号)			保 险 期 間		年 月 日 ~ 年 月 日				ケ 月
		契 約 者 住 所			氏 名						
被保険者の 人 事 故 补 償 保 険 に つ いて		人 事 故 补 償 保 険		人 事 故 补 償 保 険 を 使 用 す る 場 合							
		有	無	契 約 保 険 会 社 名 (共 済 名)				担 当 者 氏 名			
示談の 有 無	有	無	交渉経過								
国民健康保険法施行規則第32条6の規定により上記のとおり届け出します。											
平成 年 月 日				住 所							
				組合員 氏 名							
				(印)							
新潟県建築国民健康保険組合 理事長様				電 話							

- 注1. 国保・退職本人・退職者扶養の該当する箇所に○を付けてください。
 注2. 示談が成立している場合は、示談書の写を添付してください。
 示談が成立していない場合は、交渉経過を詳細に記入してください。
 注3. 個人番号(マイナンバー)は「番号」欄に記載して下さい。