

第三者の行為による被害届

個人番号

〇〇市 〇〇  
広域連合  
国保組合 長殿

世帯主・被保険者 住所 〇〇県〇〇市〇-〇〇-〇〇  
氏名 〇〇〇〇〇〇 印  
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

「国民健康保険法施行規則第32条の6」「高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条」「介護保険法施行規則第33条の2」の規定により次のとおり届出します。

被保険者又は受給者(被害者) 被保険者証の記号番号 〇〇〇-〇〇〇〇 人身傷害保険(特約)の加入 有・無 保険会社名 〇〇〇〇損害保険(〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

※1. 交通事故の場合、交通事故証明書、事故発生状況報告書、自賠責(任意)保険証(写)、同意書、誓約書、保険・医療給付内訳書、診療報酬明細書(写)、示談の(写)(示談書が作成されている場合)を各1部添付してください。 ※2. 添付書類がすぐそろわないものは後日提出してください。

損保会社等から提出された場合 会社名 〇〇〇〇損害保険:担当者氏名 〇〇〇〇〇〇(電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)