第三者行為による被害届

被害者	被保険者の記号番号		保険の種類	八王子市国民健康保険			
被害者氏名			昭・平 年 月 日生		世帯主との続柄		
被害者個人番号							
加害者	住所		氏名	年 月 日生	職業	電話	
加害者の使用者	住所		氏名	年 月 日生	職業	電話	
負傷の日時及び場所	平成 年 月 日	午前 午後 時 分頃	場所				
疾病又は負傷の程度			治療までの見込み	入院	円		
				通院	円		
				医療費総額	円		
国民健康保険による診療は	年 月 日から						
診療を受けた保険医療機関名	当初		転院後				
けがに至った原因又は負傷時の状況							
損害賠償に関する交渉の経過							

国民健康保険法施行規則第３２条の６の規定により、上記のとおりお届けします。

年　月　日　　住所

世帯主氏名　　印

八王子市長　殿

注　1　けがに至った原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。

2　損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に、例えば○月○日見舞品をどれだけ受け取った、医療費、付添い費用はどちらで負担する、過失割合等を記入し、示談が成立したときは示談書の写しを提出してください。

3　後日調査の必要上、関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。