様式第４４号（第５４条関係）

**第三者の行為による被害の届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (医療受給者)  被 保 険 者 | 被保険者の  記号番号 | |  | | | | | | | 電話 | |  | | | |
| 氏　名 | |  | | | | | | |
| 個人番号 | |  | | | | 年 月 日 生 | | | | | | 世帯主  との続柄 |  | |
| 負傷の日時  及び場所 | | 午前  年　　月　　日　　　　　　時　　　分頃、場所  午後 | | | | | | | | | | | | | |
| 発病の原因又は  負傷時の状況 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 疾病又は  負傷の程度 | |  | | | | | 治癒まで  の見込み | | 入院  通院  診療費総額 | | | | | | 日  日  円 |
| 保険による診療 | | | | １　　 年 　 月 　 日からしている。　　２　していない。 | | | | | | | | | |
| 診療を受けた保険医療機関名 | | | | 当初 |  | | | 転医後 | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 相　手　方　の　自　動　車 | 住所 |  | | 氏名 | 年　　月　　日 生 | | | 勤務先 | 電話 |
| 自賠責保険  契約会社名 | | 保険株式会社  農業協同組合 | | | 証明書番号 | 第　　　　　　　　　　 号 | | |
| 契約者住所 | |  | | | 契約者氏名 |  | | |
| 所有者住所 | |  | | | 所有者氏名 |  | | |
| 登録番号又は  車両番号 | |  | | | 車台番号 |  | | |
| 任意保険  （対人）の有無 | | 保険株式会社  有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 **・**　無  農業協同組合 | | | | | | |
| 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、上記のとおり届け出ます。 | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  住　所  世帯主　 氏　名  電　話  　那須塩原市長　様 | | | | | | | | | |

注

１　発病の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、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立したときは示談書写しを提出してください。

３　自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合は、その旨を記入してください。

４　後日、調査に必要なため関係者の電話番号等は、できるだけ記入してください。