様式第30号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第三者の行為による被害届 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被害者 | 被保険者  の記号番号 | | |  | | | | | | 被保険者氏名 | | | 年　月　日生 | | | | 世帯主との続柄 | | |  |
| 加害者 | | | 住所 | | 電話 | | | | | | | | 氏名 | |  | | | | 職業 |  |
| 加害者の使用主 | | | 住所 | | 電話 | | | | | | | | 氏名 | |  | | | | 職業 |  |
| 負傷の日時場所 | | | 年　月　日 | | | | | 午前  午後 | 時　分頃 | | | | 場所 | |  | | | | | |
| 事故発生の原因及び状況 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名及び負傷の程度 | | |  | | | | | | | | 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　　している・していない | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療を受けた病院又は診療所 | | | 当初 | | |  | | | | | | | 住所 | | |  | | | | |
| 転医後 | | |  | | | | | | | 住所 | | |  | | | | |
| 自動車事故の場合の加害自動車 | | 自賠責保険契約保険会社名 | | | | |  | | | | | | | | | 登録番号車両番号 | |  | | |
| 契約者住所 | | | | |  | | | | | | | | | 氏名 | |  | | |
| 所有者住所 | | | | |  | | | | | | | | | 氏名 | |  | | |
| 任意保険の有無 | | | | | 有・無 | | | | | 有の場合の保険会社名 | | | | | |  | | |
| 証券番号 | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
| 契約者住所 | | | | |  | | | | | | | | | 氏名 | |  | | |
| 損害賠償に関する交渉経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおり届けます。  　　　　　　年　　月　　日  　　川島町長　　あて | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | | | | | | | | | | | | | | 住所  氏名 | | | | | | |

　注　1　事故発生の原因、発生時の状況はできるだけ詳細に記入してください。

　　　2　損害賠償の交渉経過は、詳細に(例えば、〇月〇日見舞金をどれだけ受け取る。医療費はどちらで負担する等。)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　後日の調査のために関係者の電話番号を記入してください。