

理事長	常務理事	事務局長	課長	係

第三者行為様式第2号

## 第三者の行為による傷病届

被 保 険 者	被 保 険 者 証 記 号 番 号	建 -	被 保 険 者 名 ( 被 害 者 名 )	組 合 員 と の 続 柄	
	マイナンバー				
事 故 の 内 容	発 生 の 日 時	年 月 日 午前・午後 時 分頃			
	発 生 の 場 所				
	事 故 原 因 と 状 況				
	警 察 へ の 届 出	届出済・未届 (いずれか○印)		届出管轄署	警察署
第 三 者 に 関 す る 事 項	運 転 者 ( 第 三 者 )	住 所			
		氏 名		男・女	電話
		職 業			
		保 有 者 と の 関 係	本人・従業員・親族・その他 ( )		
	事 の 保 有 者 ・ 所 有 者	住 所 (所在地)			
		氏名または名称		電話	
		契 約 者 と の 関 係	本人・譲受人・借受人・その他 ( )		
	自 賠 責 保 険	保 険 会 社 ( 共 済 ) 名		車 の 種 別	
		証 明 書 番 号		登 録 番 号	
		契 約 者		車 台 番 号	
任 意 保 険	有 り ・ 無 し	保 険 会 社 名			
治 療 関 係	診 療 を 受 け た 医 療 機 関		電 話		
	傷 病 名		入 院	有 り ・ 無 し	
	国 保 使 用 に よ る 診 療	年 月 日 から 国 保 で 受 診 し て い る ・ 受 診 し て い な い			
示 談	示 談 の 有 無 お よ び 交 渉 の 状 況	示 談 が 成 立 し た ( 年 月 日 )		交 渉 中 ・ 示 談 は し な い	
		示 談 を す る 予 定 ( 年 月 日 )		裁 判 の 見 込 み	
上記のとおりお届けします。 組合員 住 所 年 月 日 氏 名 ⑩ マイナンバー 長野県建設国民健康保険組合理事長 殿					
上記届出のとおり相違ありません 組合の名称		身元確認者 ⑩	確認書類 <input type="checkbox"/> 個人番号カード ( 組合員 ・ 他 ) <input type="checkbox"/> 運転免許証 ( 組合員 ・ 他 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
組合長氏名 ⑩		届出人	<input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 代理人 ( )		

※皆さんから届け出いただいた個人情報は、国保事業以外には使用しません。