様式第１７号（第２３条関係）

第三者の行為による被害届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被害者 | 被保険者証の記号番号 | | | み多  　Ａ | | 被保険者名 | | | |  | | | | | 世帯主  との  続柄 |  |
| 個人番号 | | | |  | | | | |
| 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 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 | 午前  　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　時　　分ころ  　午後 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負傷の場所 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発病の原因又は負傷時の状況 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾病又は負傷の程度 |  | | | | | | | 治ゆまでの見込み | | | 入院 　　　 日  通院 　　　 日  診療費総額 円 | | | | | |
| 国保による診　　　療 | | | | 年　　　月　　　日から　している、していない | | | | | | | | | | | |
| 療養を受けた療養取扱機関名 | 当初 | |  | | | | | | | 転移後 | |  | | | | |
| 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します。  　　 　　年　　月　　日  　　多賀城市長　殿  　　　　　　　　　　　届出人（世帯主）　住所  氏名  個人番号  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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の写しを添付してください。  ３　後日調査の必要上関係者の電話番号はできるだけ記入してください。  ４　病院の診断書を添付してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |