

別記様式第24号(第27条関係)

国保

後期

介護

第三者の行為による被害届

被 保 険 者	市町村番号				保険者番号								
					被保険者の 記号・番号								
	氏名				介護証番号								
	電話				年月日生	男・女							
	事故発生年月日	年月日午前・午後時分頃											
	事故発生場所												
	病院名等	当初			転医後								
	保険による診療	年月日から、している・していない					入院・通院						
	事故の状況	事故発生状況報告書に 図示してください				国保	退職(本・家)	老健					
相手方との契約	示談未済・示談成立年月日												
傷病者	徒歩・自転車・バイク・単車・乗用車(軽)・トラック(軽)												
相手方	自転車・バイク・単車・乗用車(軽)・トラック(軽)・バス・タクシー・その他												

相 手 方	氏名		男・女	年齢	職業	親権者名	
	住所	(電話)					
	勤務先	(電話)					
	使用者						
	交通事故 の場合	自賠責保険	(会社名 証明書番号)				
		任意保険	(会社名 証券番号)				
		任意担当者			電話		

上記のとおり届け出ます。

年月日

南山城村長様

世帯主住所 南山城村

氏名