

第三者の行為による被害届

被 傷 保 病 險 者 者	記号番号	医	—	氏	名	
	個人番号				(准)組合員 との続柄	
	生年月日	昭・平	年	月	日	年 齢 歳
	住 所	〒 — TEL — — —				
	事故発生年月日	年	月	日	午前・午後	時 分 頃
	事故発生場所					
	受診医療機関等		初 診	月	日	入院・外来
事故の内容と状況		相手方との契約			示談未済・月 日 示談成立	
傷 病 者	徒歩・自転車・原付・単車・乗用車・トラック・その他					
相 手 方	自転車・原付・単車・乗用車・トラック・タクシー・その他					

相 手 方	氏 名	(歳:男・女)		職 業		
	住 所	〒 — TEL — — —				
	勤 務 先	〒 — TEL — — —				
	使 用 者					
	交 通 事 故 の 場 合	自 賠 責 保 險	会社名 ・ 証明書番号			
任 意 保 險		会社名 ・ 証明書番号				
		担 当 者 名	TEL — —			

上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

個人番号

(准)組合員氏名



京都府医師国民健康保険組合理事長様

*事故発生状況報告書、交通事故証明書を添付してください。