

専務理事	事務長		係

第三者行為による被害届（傷害）

被害者	被保険者証記号		番号		組合員との続柄	本人・家族				
	フリガナ				性別	生年月日				
	氏名				男・女	年月日				
	個人番号 (マイナンバー)									
事故の状況	受傷日時	年月日 午前・午後 時 分 頃								
	受傷場所									
	受傷原因と状況 (どのようにして受傷したか具体的に記入してください)									
	警察署への届出	届済・未届 (いずれかに○印)								
加害者に関する事項	フリガナ				性別	生年月日				
	氏名				男・女	年月日				
	住所	〒			電話	自宅 ()				
					携帯	()				
	フリガナ				性別	生年月日				
	氏名				男・女	年月日				
	住所	〒			電話	自宅 ()				
					携帯	()				
	加害者との関係									
診療した医療機関	医療機関名									
	診療期間	自 年月日 至 年月日								
診療した医療機関	医療機関名									
	診療期間	自 年月日 至 年月日								
示談の状況	有(年 月 日) ・ 無									
<p>関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおり届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>自宅住所 〒 電話番号 ()</p> <p>個人番号 (マイナンバー)</p> <p>申請人(組合員) 氏名 (印) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>										