

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				生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名				生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	個人番号 (マイナンバー)					
事故の状況	受傷日時	令和 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				生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名				生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	住所	〒			電話番号 自宅	()
					携帯	()
	フリガナ				生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名				生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	住所	〒			電話番号 自宅	()
					携帯	()
	加害者との関係					
診療した医療機関等	医療機関等名					
	診療期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日				
診療した医療機関等	医療機関等名					
	診療期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日				
示談の状況	有(令和 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>令和 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)</p>						