

### 第三者の行為による被害届

被保険者・後期高齢者医療加入者	—										保険者番号													
	—										被保険者証の記号・番号 芸 —													
	氏名					介護証番号																		
	電話					大・昭・平・令 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)					後期				
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)・その他																			
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																			

※ 事故証明書(写)を添付してください

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 証明書番号 )					任意対象者					電話				

上記の通り届け出ます。

令和 年 月 日

京都芸術家国民健康保険組合 様

組合員の個人番号(マイナンバー)														

世帯主 住所 氏名 印