

理事長	常務理事	事務局長	課長	係

第三者行為様式第2号

第三者の行為による傷病届

被保険者	被保険者証 記号番号	建 -	被保険者名 (被害者名)	組合員 との続柄	
	マイナンバー				
事故の内容	発生の日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃			
	発生の場所				
	事故原因と状況				
	警察への届出	届出済・未届 (いずれか○印)		届出管轄署	警察署
第三者に関する事項	運転者 (第三者)	住所			
		氏名	男・女	電話	
		職業			
		保有者との関係	本人・従業員・親族・その他 ()		
	車の保有者・所有者	住所(所在地)			
		氏名または名称			電話
		契約者との関係	本人・譲受人・借受人・その他 ()		
	自賠責保険	保険会社 (共済)名		車の種別	
		証明書番号		登録番号	
		契約者		車台番号	
任意保険	有り・無し	保険会社名			
治療関係	診療を受けた医療機関			電話	
	傷病名			入院 有り・無し	
	国保使用による診療	年 月 日から国保で 受診している・受診していない			
示談	示談の有無および 交渉の状況	示談が成立した (年 月 日)		交渉中・示談はしない	
		示談をする予定 (年 月 日)		裁判の見込み	
上記のとおりお届けします。 組合員 住所					
年 月 日					
氏名					
マイナンバー					
長野県建設国民健康保険組合理事長 殿					

確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード (組合員・他)	届出人	<input type="checkbox"/> 組合員	身元確認者
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 (組合員・他)		<input type="checkbox"/> 代理人	
	<input type="checkbox"/> その他 ()		()	

※皆さんから届けいただいた個人情報は、国保事業以外には使用しません。