

理事長	常務理事	事務局長	課長	係

第三者行為様式第2-2号

第三者の行為による傷病届（傷害）

被保険者証 記号番号	建 ー	被保険者名 (被害者名)		組合員と の続柄	
被保険者の マイナンバー					
受傷の日時	年	月	日	午前・午後	時 分頃
場 所					
受傷の原因 と状況 (どのように して受傷した か具体的に書 いて下さい)					
治療した 医療機関	住所	診療期間		入院の有無 (該当に○印)	
	名称	年 月 日	年 月 日	有・無	
加 害 者	加害者の住所				
	加害者の氏名		TEL () - -		
警察への届出 (該当に○印)	届済・未届	届出所轄署	警察署		
<p style="text-align: right;">組合員 住所</p> <p>上記のとおり届出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 氏名</p> <p style="text-align: right;">マイナンバー</p> <p>長野県建設国民健康保険組合理事長殿</p>					

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（ ）		（ ）	

※皆さんから届け出いただいた個人情報は、国保事業以外には使用しません。