

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>上記のとおり届出します。 組合員 住所</p> <p>年 月 日 氏名</p> <p>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>																						
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							

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。