

理事長	常務理事	事務局長	課長	係

第三者行為様式第2-3号

自損事故による傷病届																									
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																	
被害者の マイナンバー																									
事故の日時	年 月 日			午前・午後		時		分頃																	
事故の場所																									
同乗者の有無 (該当に○印)	有 ・ 無	同乗者の住所 同乗者の氏名 _____																							
事故の原因 と状況 (どのように して事故にな ったか具体的 に書いて下さ い。)																									
取扱医療機関	住所 名称				診療期間 年 月 日 年 月 日				入院の有無 (該当に○印) 有・無																
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: right;">年 月 日 氏名</p> <p>長野県建設国民健康保険組合理事長殿 マイナンバー</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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><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 ()		()	