

様式第25号(第36条関係)

保険証の番号
(保険証の右上に記載されている6桁の番号)

被保険者名
(自分)

| | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------|---|---------------------------------------|-------------------------|-------------------|-----|
| 被害者 | 被保険者証 記号番号 | ひな ○○○○○○ | 資格区分 | 一般・退職本人・退職被扶養者 | | |
| | 被保険者名 (被害者名) | フリガナ ヒタチナカ タロウ ひたちなか 太郎 H6年11月1日生 | 個人番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 | 世帯主との続柄 | 本人 |
| 加害者 | 相手 住所 | ひたちなか市東石川2丁目10番1号 | フリガナ イバラキ ジロウ 氏名 茨城 次郎 H1年1月1日生 | 職業 | 会社員 TEL273-011 | |
| | 加害者の使用者 | ※加害者が会社所有の車を運転してしていたときに記入 | 氏名 | 年月日生 | 職業 | TEL |
| 負傷の日時及び場所 | | 平成28年4月1日 午前 午後 12時30分頃 場所 市内東石川付近 | | | | |
| 発病の原因又は負傷時の状況 | | 自動車(相手)と自動二輪(自分)の交通事故 | | | | |
| 疾病又は負傷の程度 | | 右足首骨折 | 治療までの見込み | 入院 | 20日 | |
| | | | | 通院 | 20日 | |
| | | 診療費総額 | 円 | | | |
| 診療を受けた保険医療機関名 | | 当初 ○○総合病院 | 転医後 | ○○整形外科 | | |
| 自動車 事故の 場合の 加害自 動車 | 自賠責保険 契約会社名 | ○○○○損害 | (保険株式会社) 農業協同組合 | 証明書番号 | 第 AA12345678 号 | |
| | 契約者住所 | ひたちなか市東石川2丁目10番1号 | | 契約者氏名 | 茨城 次郎 | |
| | 所有者住所 | ひたちなか市東石川2丁目10番1号 | | 所有者氏名 | 茨城 次郎 | |
| | 登録番号又は 車両番号 | 水戸550あ1234 | | 車台番号 | A00X-0000000 | |
| | 任意保険 (対人)の 有無 | (有) △△損害 | 保険株式会社 農業協同組合 | | 無 | |
| 損害賠償に関する交渉の経過 | | 治療後に精算 | | | | |
| 国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により上記のとおり届け出ます。 | | | | | | |
| ひたちなか市長 殿 | | 加害者の保険内容 (事故証明書, 車検証, 自賠責証明書) | | | | |
| | | 世帯主 住所 氏名 | | 世帯主が署名 | | |
| | | 個人番号 | | | | |

- 注 1 発病の原因又は負傷時の状況は、できるだけ詳細に記入してください。
 2 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば○月○日見舞品をどれだけ受け取った、医療費、
 3 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合は、その旨を書いてください。
 4 後日の調査の必要上、関係者の電話番号等は、できるだけ記入してください。