|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 被保険者記号番号 | 合志 | 被保険者名(被害者名) | 　　年　　月　　日生 | 世帯主との続柄 |  |
|  | 住　所 |  | 氏 名 | 　　年　　月　　日生 | 職業 | ℡ |
| 加害者の | 住　所 |  | 氏 名 | 　　年　　月　　日生 | 職業 | ℡ |
| 負傷の日時及び場所 | 　　　　　　　　　　　　　午前　　年　　月　　日　　　　　　時　　分頃、場所　　　　　　　　　　　　　午後 |
|  |  |
|  |  | 治ゆまでの | 　　　　　　日　　　　　　日診療費総額　　　　　　円 |
| 国保による診療 | 　　　年　　月　　日　からしている、していない |
|  |  |  | 移転後 |  |
|  |  | 保険株式（相互）会社農業協同組合 | 保険証番号 | 第　　　　　　　号 |
|  |  | 契約者氏名 |  |
|  |  | 所有者氏名 |  |
|  |  | 車台番号 |  |
|  | 　　　　　　　　　　　　　保険株式（相互）会社有（　　　　　　　　　　　　　農業協同組合）　、無 |
| 損害賠償に関する交渉の経過 |  |
| 国民健康保険法規則第32条の４の規定により上記のとおりお届けします。　　　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主　　合志市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　（あて先）合志市長　 |
| 　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、医療費附添いの費　　　　　用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は、示談書写しを提出してください。　　　３　自動車の轢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。 |