

# 第三者の行為による被害届

平成〇〇年〇〇月〇〇日

飯田市長 殿

世帯主 住所 〇〇市〇〇町〇〇〇番地  
 氏名 乙山 一郎  
 電話 0000-00-0000

国民健康保険法施行規則第 32 条 6 の規定により、次のとおりお届けします。

被保険者証記号・番号		いいだ 〇〇 - 〇〇〇〇					
被保険者 (被害者)	フリカゝナ	オヤマ リョウタ			生年月日	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日	
	氏名	乙山 良太			性別	男	職業 自営
傷害事件の内容	発生日時	平成〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇時〇〇分頃					
	発生場所	〇〇市〇町〇〇〇番地付近の路上					
	事件原因と状況	道を歩いていたところ、犬の散歩をしている人とすれ違ったが、すれ違う際に相手の犬が突然噛みついてきてケガをした。					
	警察への届	届出済・未届	届出所轄署		〇〇 警察署		
	事件のあったときの心身の状況	加害者	正常・疲労・飲酒・病気 ( )				
	被害者	正常・疲労・飲酒・病気 ( )					
第三者加害者関係	住所	〇〇市〇町〇〇〇番地					
	フリカゝナ	コノ タロウ			性別	男	年齢 職業 会社員
	氏名	甲野 太郎			別	女	〇〇歳
治療関係	傷病名及び傷病の程度	犬咬傷					
	保険医療機関の所在地・名称	〇〇市〇町〇〇番地			〇〇病院		
	診療の期間 (見込み期間)	年 月 日から 年 月 日まで			年 月 日から 年 月 日まで		
示談	示談が成立した ( 年 月 日 ) ・交渉中・示談はしない 示談をする予定 ( 〇〇 月頃 ) ・裁判の見込み						
損害賠償金を受領した場合	名目	金額又は商品		受領年月日			

- 示談が成立している場合は、示談書の写しを添付してください。
- 示談が成立しておらず、示談が成立したら速やかに保健課国保係までお知らせください。