

第三者行為による被害届

被保険者証又は受給者証記号番号				(ふりがな) 被害者名	()		
個人番号				性別	男・女		
世帯主との続柄				生年月日	昭・平 年 月 日生		
事故発生の年月日		平成 年 月 日		午前・午後	時 分頃		
事故発生場所							
第三者行為に関する事項	加害者	住所			電話		
		(ふりがな) 氏名	()		職業		
	使用者	住所			電話		
		(ふりがな) 氏名	()		職業		
	登録番号又は車両番号				車台番号		
	自動車損害賠償責任保険	有	保険会社名			担当者名	
		無	証明書記号番号			所有者氏名	
	自動車普通保険(任意保険)	有	保険会社名			担当者名	
無		契約書記号番号			電話番号		
診療に関する事項	疾病の原因又は負傷時の状況	別紙事故発生状況報告書のとおり					
	傷病名			初診年月日	平成 年 月 日		
				治療までの見込期間			
医療機関名及び医師名			担当医		電話番号		
上記のとおり、お届けいたします。							
平成 年 月 日							
世帯主 住所氏名							
美郷町長 松田知己 様 印							

委任状

平成 年 月 日

代理人 住所 _____

氏名 _____

を代理人と定め、下記の事項を委任します。

委任内容 国民健康保険事務 の手続き及び個人番号の利用・提供の取扱い

委任者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

本人確認欄

番号確認 個人番号カード 通知カード 住民票（個人番号付き）
番号確認書類なし 拒否 ※ 拒否は、申し出があった場合とする。

身元確認 運転免許証 健康保険証の被保険者証+年金手帳 等
人違いでないことを確認 その他（ ）

本人確認担当者 氏名 _____