別記様式第１７号（第１６条関係）

第 三 者 の 行 為 に よ る 被 害 届

年　　月　　日

関　市　長　　様

住　所

世帯主　氏　名　　印

電話番号

国民健康保険法施行規則第３２条の６の規定により次のとおり届け出ます。

事故発生日	年　月　日 午（前・後）　時　分頃	事故発生場所		
事故原因と状況				
被害者（被保険者名）	被保険者記号・番号		職業	
			世帯主との続柄	
	(フリガナ)		生年月日	年　月　日（　歳）
	氏名			
加害者	(フリガナ)		生年月日	年　月　日（　歳）
	氏名			
	住所	（〒　－　）		
	職業		電話番号	（　）　－

医療機関の所在地・名称（氏名）		傷病名	初診日	年　月　日
当初			保険診療開始日	年　月　日
転医後			診療見込期間	
			診療見込金額	円