第　　　　　号

　　年　　月　　日

熊本県国民健康保険団体連合会

　理　事　長　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　第三者行為損害賠償求償事務委託について（送付）

次のとおり関係書類を添えて委託します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）被保険者名(受給者名) |  | 性別 | 　 男 ・ 女 |
| ☎　(自宅)　　　　　　　　－　　　　　　　－　　(携帯)　　　　　　　　－　　　　　　　－ | 　(勤務先)　☎　　　　　　　－　　　　　　　　－ |
| （フリガナ）第三者名 |  | 性別 | 　 男 ・ 女 |
| ☎　(自宅)　　　　　　　　－　　　　　　　－　　(携帯)　　　　　　　　－　　　　　　　－ | 　(勤務先)☎　　　　　　　－　　　　　　　　－ |
| 事故種別 | □自動車事故　　□自転車事故　　□船舶事故　　□飼い犬咬傷　　□その他 |
| 法制 | □一般　　□退職 (本人)　　□退職 (被扶養)　　□介護　　□後期 |
| 被保険者証番号 |  | 宛名番号(員番) |  |
| 後期被保険者番号 |  | 被保険者番号(介護) |  |
| 添付書類 |  1　　委任状 2　　交通事故証明書 (任意保険が一括されている場合は、写しで可)3　　人身事故証明書入手不能理由書（物件事故となっている場合） 4　　事故発生状況報告書 5　　念書 6　　誓約書 7　　第三者行為による被害届写し　(介護除く。) 8　　その他注)　1～6までは原本を提出してください。　　 また、添付書類には○印を付してください。 |
| 国保使用 |  　　　　 年 　　月　 　日から使用している。 |
| 受診医療機関 | ※受診される医療機関名を全て記入してください。 |
| 任意保険(第三者契約) | 有 | 保険会社名 |  | ・使用する。・使用しない。・不明 | 無 |
| 担当者名 |  |
| 市町村担当者名 | 課・係 |  |
| 氏　名 |  | 内線 |  |

注）一般・退職については、『被保険者証番号』及び『宛名番号（員番）』、介護は『被保険者番号』を必ず記入してください。