

第三者行為による被害届

被 害 者	被 害 者		保険者番号		区分		国保・後期高齢者	
			被保険者の記号・番号 (国保該当)		被保険者番号 (後期高齢者該当)			
			氏名	国 保 太 郎		生年月日	明・大・昭・平 ××年××月××日	
	負 傷 の 日 時 及 び 場 所	日時	×年 × 月 × 日		午後 5 時 3 0 分頃			
		場所	〇〇県〇〇市△△町■丁目●一▼					
	発病の原因又は 負傷時の状況	交差点を直進中に、左方から一時停止を無視して交差点に進入した相手車両と衝突した。						
	傷 病 の 程 度	頭部挫傷、左前腕解放骨折など			治癒までの見込み	入院 ××日 通院 ■■日	診療費総額 わかる範囲でよい 円	
		保険診療	× 年 × 月 × 日から			している。 していない。		
	診療を受けた医療機関名		当初	〇▽病院		転医後	〇×整形外科医院	
	人身傷害補償保険（特約）の加入			有・無		保険会社名	〇×△保険	担当者名 〇〇 △□
相 手 方	住 所	〒91×-××××× 〇〇県××市△△町××番地		氏 名	加 害 一 郎		職 業	電話 077×-××-×××××
	保有者の住所	〒91×-××××× 〇〇県××市△△町××番地		氏 名	加 害 衛 門 電話 077×-××-×××××			
	自 動 車 保 険	会社（農協）名	●×□損保			電 話	××-××××	
		証明書番号	第 ×××××××× 号			担当者氏名	◆◆ ■■	
		契約者住所	〇〇県××市△△町××番地			契約者氏名	加 害 衛 門	
		所有者住所	〃			所有者氏名	〃	
	任 意	会社（農協）名	□◇×火災			電 話	××-××××	
		証券番号	第 ◆◆◆◆◆◆◆◆ 号			担当者氏名	●● ▲▲	
	損害賠償請求・支払に関する取扱い対応			1. 自賠責保険対応 2. 任意一括する 3. その他				
	示 談	済 ・ 未 ・ 交渉中						
国民健康保険法施行規則第32条の6【高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条】の規定により、上記のとおりお届けします。								
×年 ×月 ×日 〇〇市 長 様 福井県後期高齢医療広域連合長 世 帯 主 住 所 〇〇市△△町●丁目▲番地■ または 氏 名 国 保 太 郎 後期高齢者 電 話 077×-××-×××××								

注 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。