

第三者行為による被害届

被 保 険 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)		
	負傷の日時 及び場所		氏名			生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
			日時	年 月 日		時	分頃	
	傷 病 の 程 度		場所					
			発病の原因又は 負傷時の状況					
	診 療 を 受 け た 医 療 機 関 名		当初			転医後		
			治療を受けた医療機関名		年 月 日から	している。		していない。
	人身傷害補償保険(特約)の加入		有・無	保険会社名			担当者名	
	相 手 方	住 所			氏 名			職 業
保有者の住所				氏 名			電 話	
自 動 車 保 険		自 賠 責	会社(農協)名				電 話	
			証明書番号				担当者氏名	
			契約者住所				契約者氏名	
			所有者住所				所有者氏名	
任 意			会社(農協)名				電 話	
			証券番号				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							
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">長 様</p> <p>福井県後期高齢医療広域連合長</p> <p style="text-align: right;">世 帯 主 住 所</p> <p style="text-align: right;">または 氏 名</p> <p style="text-align: right;">後期高齢者 電 話</p>								

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。