

第三者行為による被害届

被害者	保険者番号		区分	後期高齢者医療		
	被保険者記号番号					
	住所				TEL 緊急連絡先	
	(ふりがな) 氏名	生年月日	明.大.昭.平 年 月 日	職業		
	傷病名					
	医療機関等	名称 所在地 TEL	名称 所在地 TEL			
	治療期間 (見込み)	入院 年 月 日 ~ 年 月 日 外来 年 月 日 ~ 年 月 日	入院 年 月 日 ~ 年 月 日 外来 年 月 日 ~ 年 月 日			
	人身傷害保険の使用	名称 1. 有 () 担当者名: () 2. 無				
事故発生日	平成 年 月 日	発生場所				
加害者	住所				TEL 緊急連絡先	
	(ふりがな) 氏名	生年月日	明.大.昭.平 年 月 日	職業		
	使用者住所				TEL	
	使用者氏名	生年月日	明.大.昭.平 年 月 日	職業		
	所有者住所			氏名		
	自動車登録番号			車台番号		
	自賠責保険(共済)	名称	所在地	証明書 番号		
	任意保険(共済)	名称 担当者名()	所在地 TEL ()	証券 番号		
損害賠償に関する請求・支払方法	1. 自賠責保険 2. 任意一括 3. 個人賠償責任保険 4. 自転車総合保険 5. その他()					
上記のとおり届出します。 平成 年 月 日 長 様 住所 被保険者 氏名						



注 1 この届は 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条により被保険者が被害を受けた場合に提出してください。
また、できるだけ詳細に記入してください。
2 示談が成立している場合は、示談書の写しを添付してください。