

第三者行為による被害届

被害者	保険者番号	3916****		区分	後期高齢者医療		
	被保険者記号番号	*****					
	住所	□□市△△町××番地			TEL	0766-**-****	
	(ふりがな) 氏名	こうき はなこ 後期 花子	生年月日	明.大.昭.平 4年5月**日	職業	主婦	
	傷病名	腰椎骨折、肋骨骨折、左足関節脱臼、多発骨折					
	医療機関等	名称 ××県国保病院	所在地 ××市××町×番地	TEL 0766-**-****	名称 所在地 TEL		
	治療期間 (見込み)	入院 平成27年5月29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					
事故発生年月日	平成27年5月29日		発生場所	□□市△△町〇〇番地			
加害者	住所	××市〇〇町〇-〇			TEL	076-431-****	
	(ふりがな) 氏名	こくほ たろう 国保 太郎	生年月日	明.大.昭.平 51年6月**日	職業	自営業	
	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	××市〇〇町〇-〇		氏名	国保 太郎		
	自動車登録番号	×× 301 せ 7263		車台番号	*****		
	自賠責保険(共済)	名称 (株)〇〇後期損害保険	所在地 ××市〇×番地	証明書 番号	KOU*****-**		
	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 27年 8 月 31日							
××県後期高齢者医療広域連合 長 様							
住所				□□市△△町××番地			
被保険者				氏名 後期 花子			
							

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。