

# 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.令 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	令和 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.令 年 月 日	職業
	使用者住所				TEL
	使用者氏名		生年月日	明.大.昭.平.令 年 月 日	職業
	保有者住所			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。 令和 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。