

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.令 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		名称		
		所在地	××市××町×番地		所在地		
		TEL	0766-**-****		TEL		
治療期間 (見込み)	入院	令和2年5月29日～年月日		入院	年月日～年月日		
	外来	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2年5月29日		発生場所	□□市△△町○○番地			
加害者	住所	××市○○町○-○			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.令 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.令 年月日	職業	
	所有者住所	××市○○町○-○		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)○○後期損害保険		所在地	××市○×番地	
	任意保険(共済)	名称			所在地		
	担当者名()			TEL ()			
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 2 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。