

第三者行為等による被害届

被害者	被保険者番号		被保険者名	フガナ 年 月 日生	
加害者	氏名	フガナ 男・女		職業	勤め先
	住所				電話 ()
加害者の使用主	氏名	フガナ 男・女		職業	勤め先
	住所				電話 ()
負傷の日時場所	年 月 日 午前 時 分頃 午後			場所	
事故発生の原因及び状況					
傷病名及び負傷の程度				治ゆまでの見込み	入院日 通院日 診療費総額 円
診療を受けた病院又は医院	当初医院名			住所	
	転院後医院名			住所	
自動車事故の場合の加害自動車	自賠償保険契約 保険会社			証明書番号	第 号
	登録番号 車両番号			車台番号	
	契約者住所			契約者	
	所有者住所			所有者	
	任意保険の有無	有 無	有の場合保険会社(共済)名		
	証券番号	第 号	保険期間	年 月 日 年 月 日	
	契約者住所				氏名
損害賠償の交渉経過					
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。 年 月 日 届出人 住所 氏名 電話 福島県後期高齢者医療広域連合長					

- 注 1 事故発生の原因、発生時の状況はできるだけ詳細に記入してください。
 2 損害賠償の交渉経過は、詳細に例えば 日 日見舞金をどれだけ受けとり、医療費、付添費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立したときは示談書の写を提出してください。
 3 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合は、その旨を書いてください。
 4 後日調査の必要上関係者の電話番号を記入してください。