

第 三 者 行 為 に よ る 被 害 届

被保険者証記号番号		給付開始年月日		平成 年 月 日	
被 害 者	住 所				
	氏 名	性 別 男 ・ 女	職 業		
	生 年 月 日	明 大 昭 年 月 日			
加 害 者	住 所				
	氏 名	性 別 男 ・ 女	職 業		
	生 年 月 日	明 大 昭 平 年 月 日			
	使用者住所				
	使用者氏名	性 別 男 ・ 女	職 業		
	生 年 月 日	明 大 昭 平 年 月 日			
負 傷 の 状 況	負傷年月日	場 所			
	負傷の程度				
	治ゆまでの見込みの①入院 日②通院 日③治ゆ費 円				
医療機関の所在地		電話番号	医療機関の名称		
自 動 車 保 険 の 有 無	保有者住所	電話番号	氏 名		
	自動車登録番号		車 台 番 号		
	自賠責保険 契約会社		所在地	証明書 番号	
	任意保険 契約会社	(担当者名)	所在地	証明書 番号	
損害賠償に関する 交 渉 の 経 過					
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>青森県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名 印</p>					
<p>注 1 この届は後期高齢者医療の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。</p> <p>2 自動車の引逃げ等で障害者が不明の場合はその旨を書いてください。</p> <p>3 この届に、交通事故証明書（物件事故の場合は人身事故証明書入手不能理由書）、事故発生状況報告書、念書、示談書の写し（示談書が作成されている場合）等必要書類を添えて提出してください。</p>					