

## 第三者行為による被害届

保険者番号	
処理年月日	
処理番号	

被害者	フリガナ		性		生年 月日		年 日	被保険者		法		
	氏名		別		年齢		才	番号		別		
	住所	〒								TEL		
事故の状況	職業(事業所)	TEL										
	事故発生日時	年 月 日 午前 時 分頃 天候										
	事故発生場所											
	事故原因と状況											
診療	警察届出区分	届済・未届		届出警察署		警察署		届出年月日		年 月 日		
	後期高齢者医療制度で診療した日	月	年	日	治療を受けた病院等の所在地と名称	当初						
第三者者に関する事項	氏名						フリガナ			性別	年齢	
	住所	〒 TEL (自宅)										
	職業	TEL (連絡先)										
	保有者との関係	本人・従業員・親族 その他 ( )										
車	氏名											
	住所	〒 TEL										
自賠責	契約者との関係	本人・譲受人・借受人 その他 ( )										
	保険会社名						証明書番号					
事	(共済)契約者氏名				保険・共済	自	年	月	日	登録番号		
	種別				期間	至	年	月	日	(No.プレート)		
項	任意保険会社名(共済)						証券番号					
	住所	〒 TEL										
示談の状況												
<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>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者 住所</p> <p>長崎県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p style="text-align: right;">氏名 <span style="float: right;">㊞</span></p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>												
<p>注 1. 提出時まで不明な点はそのままにして提出し、後日判明次第連絡して下さい。</p> <p>2. 示談書が作成してあれば写しを添付して下さい。</p> <p>3. 交通事故証明書の正本又は写しを提出して下さい。</p> <p>4. 右欄上の保険者番号等の記入はしないで下さい。</p>												