

第三者行為による被害届（傷害）

受傷の状況	受傷日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃									
	受傷場所										
	受傷原因と状況 (どのようにして受傷したか具体的に記入して下さい)										
	警察署への届出	届済 ・ 未届 (いずれかに○印)									
被害者	被保険者番号										
	フリガナ					性別	男女	生年	明治 大正 昭和	年 月 日	
	氏名					性別	男女	月 日			
	住所	〒					電話(自宅)				
第三者に関する事項	相手方	フリガナ					性別	男女	生年	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	氏名					性別	男女	月 日			
	住所	〒					電話(自宅)				
	連絡先(勤務先)					電話(連絡先)					
保護責任者	氏名					電話(自宅)					
	住所	〒									
	連絡先(勤務先)					電話(連絡先)					
	上記「相手方」に記載された者との関係										
治療を受けた医療機関(当初)	医療機関名										
	診療期間	自 年 月 日 至 年 月 日									
治療を受けた医療機関	医療機関名										
	診療期間	自 年 月 日 至 年 月 日									
示談の状況	有 無										
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											
住所											
被保険者 氏 名 ⑤											
電話番号											
長崎県後期高齢者医療広域連合長 様											
注 1 提出時まで不明な点は、そのままに提出し、後日判明した時点で連絡してください。											
2 事故証明書があれば、その原本を添付してください。											