

## 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	氏名	性別	生年月日	年齢	被保険者番号	法別	
	住所	〒						TEL
	職業(事業所)							TEL
事故の状況	事故発生日時	平成 年 月 日 午前 午後 時 分頃 天候						
	事故発生場所							
	事故原因と状況							
	警察届出区分	届済・未届	届出警察署	警察署		届出年月日	平成 年 月 日	
診療	後期高齢者医療制度で診療した日	平成 年 月 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 (						
車の保有者	氏名							
	住所	〒					TEL	
	契約者との関係	本人・譲受人・借受人 その他 (						
自賠責保険	保険会社名				証明書番号			
	(共済) 契約者氏名	保険・共済期間	自平成 年 月 日	登録番号				
	種別	県別	至平成 年 月 日	(No.プレート)				
	契約者住所	〒					TEL	
	任意保険会社名(共済)				証券番号			
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>平成 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 _____ 氏名 (印)</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>								