

第三者の行為による被害届

被害者	被保険者番号		被保険者名 (被害者名)	年 月 日生	保 險 者 号	
	個人番号					
加害者	住 所		氏 名	年 月 日生	職 業	電 話
加害者の 使用者	住 所		氏 名	年 月 日生	職 業	電 話
負傷の日時及び場所	年 月 日 午前・午後 時 分頃、場所					
発病の原因又は 負傷時の状況						
疾病又は負傷 の 程 度		治癒まで の見込み	入院 日	・ 通院 日	診療費総額	円
後期高齢者医療による診療	年 月 日から受けている ・ 受けていない					
診療を受けた保険 医療機関等の名称	当 初		転院後			
自動車事故 の 場 合 の 加害自動車	自賠償保険 契約会社名		証明書番号			
	契約者住所		契約者氏名			
	所有者住所		所有者氏名			
	登録番号 又は車両番号		車台番号			
	任意保険 (対人の有無)	有 ( ) ・ 無				
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、第53条及び第71条の規定により上記のとおり届け出ます。</p> <p>年 月 日 (あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>住 所 届出人 氏 名</p> <p>連絡先</p>						

- (注)
- 1 発病の原因又は負傷時の状況は、できるだけ詳細に記入してください。
  - 2 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に記入し、示談が成立したときは、示談書の写し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、その旨を記入してください。
  - 4 電話番号等は、後日調査の必要上できるだけ記入してください。