

第三者行為による被害届（交通事故以外）

被 保 険 者	被保険者証の 番 号		電話番号		()		
	被保険者名 (被害者名)		生年月日		年 月 日		
第 三 者 (加 害 者)	住 所		電話番号		()		
	氏 名		生年月日	年 月 日	職業		
	加害者の 使用主等	住所	電話番号		()		
		氏名	生年月日	年 月 日	職業		
負 傷 概 要	負傷の日時		年 月 日 時 分頃				
	負傷の場所						
	発病の原因 又は負傷時 の 状 況						
	傷 病 名		今回の被害を受ける前の通院中外傷的傷病名 有()・無				
	病 院 名	①	(入院・外来)	自	年 月 日	～	治療中
				至	年 月 日		
		②	(入院・外来)	自	年 月 日	～	治療中
			至	年 月 日			
損害賠償金 の支払状況		交渉経過を記入してください 示談の状況 有 ・ 無 (○で囲む)					
保 険	有 ・ 無	保 険	証 券 番 号 等				
備 考							

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、届け出ます。

年 月 日

被保険者 住所
(被害者)

氏名

電話番号

(あて先) 広島県後期高齢者医療広域連合長

- (注) 1 負傷の概要はできるだけ詳細に、また、加害者が不明の場合はその旨を記入してください。
 2 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に(例:○月○日見舞品をどれだけ受け取った、医療費等の費用はどちらで負担する等)を記入し、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 後日調査の関係上、関係者の電話番号等は、できるだけ記入してください。