

記載例（被害届）

第三者行為による被害届

①被保険者証に記載されている保険者番号と被保険者番号を記入してください。

②被保険者の氏名、生年月日を記入してください。

③負傷の日時、場所を記入してください。

④発病の原因又は負傷時の状況を記入してください。

⑤診療状況を記入してください。

⑥人身障害補償保険の加入状況を記入してください。

⑦相手方の住所、氏名や自動車保険加入状況等を記入してください。

⑧保険の取扱い、示談の状況について、該当するものに○をしてください。

⑨申請日を記入してください。

⑩②と同じ被保険者の氏名等を記入してください。印鑑を忘れずに押してください。

被 害 者		保険者番号 39180000	老健受給者番号 (老健該当)
被 害 者		被保険者証の記号・番号 (国保・老健該当)	被保険者番号 (後期高齢者該当) 34567890
氏名	後期 花子	区分	国保・後期高齢者・ 老人 (国保・社保・組合)
明・大 昭・平	5 年 4 月 3 日	負傷の日時及び場所	平成 20年 7月 15日 午後 5時 30分頃
場所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇交差点		
発病の原因又は	顔面打撲 交通事故 (追突)		
傷病の程度	顔面打撲	治療の見込み	入院日 2日 診療費総額 〇〇〇〇 円
保険診療	平成 20年 7月 15日から	している。	していない。
療機関名	〇〇 病院	転医後	
(特約)の加入	有・無	保険会社名	〇 〇 担当者名 〇 〇
相 手 方	住所 〇〇市〇〇町32-1	氏名 広域 太郎	職 業 農 業
保 有 者	同上	氏 名 同上	電 話 ×××-×××
会 社 (農 協) 名	〇〇保険会社	電 話	×××-×××
証 明 書 番 号	99999999	担 当 者 氏 名	〇 〇
契 約 者 住 所	同上	契 約 者 氏 名	同上
所 有 者 住 所	同上	所 有 者 氏 名	同上
会 社 (農 協) 名	〇〇保険会社	電 話	×××-×××
証 券 番 号	11111111	担 当 者 氏 名	〇 〇
損害賠償請求・支払に関する取扱い対応	1. 自賠償保険対応	2. 任意一括する	3. その他
示 談	済	未	交渉中
国民健康保険法施行規則第32条の6【高齢者の医療の確保に関する法律第30条】の規定により、上記のとおりお届けします。			
平成 20年 7月 20日			
福井県後期高齢者医療広域連合長 様			
世帯主 住所		〇〇市〇〇町12-3	
または 後期高齢者・老健受給者		氏 名	後期 花子
		電 話	×××-×××-×××

注 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。