

第三者行為による被害届

被 害 者	保険者番号		老健受給者番号 (老健該当)			
	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)			
	氏名	明・大・昭・平 年 月 日	区分	国保・後期高齢者・ 老人(国保・社保・組合)		
保 險 者	負傷の日時	日時	平成 年 月 日 時 分頃			
	及び場所	場所				
者	発病の原因又は負傷時の状況					
	傷 病 の 程 度	治療まで の見込み		入院 日 通院 日	診療費総額 円	
		保険診療	年 月 日から している。 していない。			
	診療を受けた医療機関名	当初	転医後			
人身傷害補償保険(特約)の加入		有・無	保険会社名	担当者名		
相 手 方	住所	氏名	明・大・昭・平 年 月 日	職業	電話	
	保有者の住所	氏名	電話			
	自 動 車 保 險	自賠責	会社(農協)名	電話		
			証明書番号	担当者氏名		
			契約者住所	契約者氏名		
			所有者住所	所有者氏名		
	任 意	会社(農協)名	電話			
証券番号		担当者氏名				
損害賠償請求・支払に関する取扱い対応		1. 自賠責保険対応 2. 任意一括する 3. その他				
示談	済・未・交渉中					
<p>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施行規則第46条(老人保健法施行規則第30条)】の規定により、上記のとおりお届けします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">福井県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所</p> <p style="text-align: center;">または</p> <p style="text-align: center;">後期高齢者・老健受給者 氏名 印</p> <p style="text-align: center;">電 話</p>						

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。