

## 第三者行為による被害届

被 保 険 者	被 害 者		保険者番号		区分	国保・後期高齢者		
			被保険者証の記号・番号 (国保該当)		被保険者番号 (後期高齢者該当)			
	氏名				生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
	負傷の日時 及び場所		日時	年 月 日		時	分頃	
			場所					
	発病の原因又は 負傷時の状況							
	傷 病 の 程 度					治癒まで 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		
相 手 方	住 所				氏 名	明・大・昭・平 年 月 日		
					職 業			
	保有者 の住所				氏 名	電話		
	自 動 車 保 険	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】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;">長 様</p> <p>福井県後期高齢医療広域連合長</p> <p style="text-align: right;">世 帯 主 住 所 または 氏 名 印 後期高齢者 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。