

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。

令和 年 月 日

被保険者 住所 尾道市
(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。