

## 第三者の行為による被害届書

年 月 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

被保険者 住所 \_\_\_\_\_

(被害者) 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条、第53条又は71条の規定により、次のとおり届出します。

被害者	被保険者番号									
	被保険者氏名 (被害者名)		生年月日		年 月 日					
加害者 (相手方)	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			
事故 及び 負傷 の 状況	負傷の日時 及び場所		年 月 日		時 分頃		場所:			
	発病の原因 又は負傷時 の状況									
	傷病名				治ゆまで の見込み					
	診療を受けた 保険医療 機関名		①		自 年 月 日～ (入院・外来) 治療中					
			②		至 年 月 日 (入院・外来) 治療中					
③			自 年 月 日～ (入院・外来) 治療中							
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		あり・なし(○で囲む)				

(裏面もあります)

(裏面)

加害者(相手方)の自動車保険の加入状況	自賠責保険(強制保険)	保険会社名 (共済・農協)	
		証明書番号	
		保険契約期間	
		契約者住所	
		契約者氏名	
		所有者住所	
		所有者氏名	
		登録番号 (ナンバープレート)	
		車台番号	
	任意保険	任意保険(対人) 加入の有無	あり ・ なし (○で囲む) ※「あり」の場合は下記を記入
		保険会社名 (共済・農協)	
		担当者名	
		連絡先	
		証券番号	

- 注 1 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に、また、自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を記入してください。
- 2 「損害賠償金の支払状況」欄の交渉経過については、詳細に例えば〇月〇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 後日調査の必要上、関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。