

第三者行為による被害届

被害者	被保険者証番		被保険者名			年	月	日生		
第三者	住所			氏名	年	月	日生	職業 電話		
第三者の使用者	住所			氏名	年	月	日生	職業 電話		
事故発生日時	発生及び場所	平成	年	月	日	午前 午後	時	分頃 場所		
事故発生の原因及び状況										
傷病及び負傷の程度							治ゆまでの見込み	全治	ヶ月	日
保険医療機関等名	当初			転医後						
自動車事故の場合の第三者側自動車	自賠責	会社名(共済名)			証明書番号					
	保	険	保険期間	年	月	日～	ヶ月	登録番号(フリートナンバー)		
			車台番号	年	月	日				
	任	意	契約者住所			氏名				
			所有者住所			氏名				
	險	保	会社名(共済名)			担当者氏名			電話	
証券番号(契約番号)					保険期間	年	月	日～	ヶ月	
契約者住所					氏名					
示談の有無	有	無	交渉経過							
<p>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通りお届けします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者 住所 氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p> <p>山形県後期高齢者医療広域連合長 殿</p>										

(注) 1. 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば 月 日見舞品をどれだけ受取った、医療費、付添の費用はどちらで負担する等を記し、示談が成立した時は示談書写を添付して下さい。

2. 届出日現在で不明事項については、空白のまま提出してください。

なお、判明次第お住まいの市町村後期高齢者医療担当係へ連絡してください。