

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	平成 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			治療まで の見込み	入院 日 通院 日	診療費総額 円	
		保険診療	平成 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						
	保有者の住所			氏名	電話		
	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						
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。							
年 月 日							
長 様							
福井県後期高齢医療広域連合長							
			世帯主	住所			
			または	氏名	印		
			後期高齢者	電話			

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。