

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	住所	氏名	年	月	日生	
職業	電話					
事故発生日時	発生場所	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 月 日	
保険医療機関等名	当初	転医後				
自動車事故の場合の加害自動車	自賠責	会社名(共済名)	証明書番号			
	保険	保険期間	平成 年 月 日～ 月	登録番号(アル・ナンバー)		
			平成 年 月 日	車台番号		
	任意	契約者住所	氏名			
		所有者住所	氏名			
	任意	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～	月		
契約者住所		氏名	年 月 日			
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 style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>山形県後期高齢者医療広域連合長 様</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、判明次第山形県後期高齢者医療広域連合へ連絡してください。

被保険者記載

第三者行為による被害届

被害者	被保険者証号 12345678	被保険者名 広域次郎 昭和5年5月5日生		
第三者	住所 宮城県仙台市青葉区〇—〇—〇	氏名 宮城太郎 昭和25年10月1日生	職業 会社員 電話022-000-0000	
第三者の使用者	住所 宮城県仙台市〇〇区〇—〇—〇	氏名 仙台一郎 昭和25年12月10日生	職業 会社員 電話022-111-0000	
事故発生日時及び場所	平成20年6月15日	午前 午後	10時20分頃 場所 仙台駅前	
事故発生の原因及び状況	前方不注意による、一時停止している車への追突事故			
傷病及び負傷の程度	右足骨折及び頸椎捻挫	治ゆまでの見込み	全治 6ヶ月 日	
保険医療機関等名	当初 仙台〇〇病院	転医後	山形中央〇〇医院	
自動車事故の場合の加害自動車	自賠保	会社名(共済名) 〇〇共済	証明書番号 987654321	
	保	険	保険期間 平成20年3月1日～ 平成22年2月28日 24ヶ月	登録番号(フル・ナンバー) 仙台 あ 112
			契約者住所 宮城県仙台市〇〇区〇—〇—〇	氏名 仙台一郎
	任	意	所有者住所 宮城県仙台市〇〇区〇—〇—〇	氏名 仙台一郎
			会社名(共済名) 〇〇海上	担当者氏名 〇〇
保	険	証券番号(契約番号) 〇〇〇〇	保険期間 平成20年3月1日～ 平成22年2月28日 24ヶ月	
		契約者住所 宮城県仙台市〇〇区〇—〇—〇	氏名 仙台一郎	
示談の有無	有 無	交渉経過		

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。

平成20年7月25日

被保険者 住所 山形市〇〇町〇—〇—〇

氏名 広域次郎



山形県後期高齢者医療広域連合長 様

- (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、判明次第山形県後期高齢者医療広域連合へ連絡してください。