

第三者行為による被害届

被害者	被保険者証 の記号番号		被保険者名(被害者名)			
			個 人 番 号			
	生年月日		年 月 日生		電話番号	
加 害 者	住所			氏名		職業 TEL
加 害 者 の 使 用 主	住所			氏名		職業 TEL
負 傷 の 日 時 及 び 場 所	年 月 日 午前 午後 時 分頃 場所					
発病の原因又は 負傷時の状況						
傷 病 又 は 負 傷 の 程 度			治ゆまで の見込み	入院 日 通院 日 医療費 円		
	後期高齢 者医療		による〔診療 給付〕	年 月 日からしている。していない。		
診 療 を 受 け た 機 関 名	当初 移転後					
自 加 動 害 車 事 故 の 自 動 車 場 合 の	自 賠 責 保 険 契 約 会 社 名			証 明 書 番 号	第 号	
	契 約 者 住 所			契 約 者 氏 名		
	所 有 者 住 所			所 有 者 氏 名		
	登 録 番 号 又 は 車 両 番 号			車 台 番 号		
	任 意 保 険 (対人)の有無	有		保険株式(相互)会社 無 農業協同組合		
損害賠償に関する 交 渉 の 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、上記のとおりお届けします。 年 月 日 住 所 氏 名 被害者との関係（ ） 保険者等代表者 北海道後期高齢者医療広域連合長 宛						
注 1. 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。 2. 損害賠償に関する交渉の経過は、例えば「〇月〇日見舞品をどれだけ受け取った」、「医療費、付添いの費用はどちらで負担する」等を詳細に記入し、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. 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合は、その旨書いてください。 4. 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。						

第三者行為による被害届

被害者	被保険者証 の記号番号	01234567		被保険者名(被害者名)		広域太郎	
				個人番号			
	生年月日	昭和10年 6月 3日生		電話番号		011-231-5430	
加害者	住所	〇〇市〇〇区〇〇条〇丁目〇		氏名	札幌五郎	職業	TEL 011-231-0001 会社員
加害者の 使用主	住所	〇〇市〇〇区〇〇条〇丁目〇		氏名	千歳八郎	職業	TEL 011-231-0505 〇〇会社社長
負傷の日時 及び場所	令和3年4月5日 午前 午後 4時30分頃 場所 〇〇市〇〇南〇条東〇丁目43						
発病の原因又は 負傷時の状況	自転車を運転し、道路を横断中、自動車と衝突した。						
傷病又は 負傷の程度	右大腿骨骨折		治ゆまで の見込み	入院 日 通院 日 医療費 円			
	後期高齢 者医療による 診療 給付		令和3年4月5日 からしている。 していない。				
診療を受けた 機関名	当初 〇〇 総合病院 移転後 〇〇 整形外科病院						
自動車 事故の 場合の	自賠責保険 契約会社名	〇〇 損害保険株式会社			証明書番号	第 A001-09871245 号	
	契約者住所	加害者に同じ			契約者氏名	加害者に同じ	
	所有者住所	加害者に同じ			所有者氏名	加害者に同じ	
	登録番号又は 車両番号	〇〇300 こ 20-20			車台番号	ABC12-3456789	
	任意保険 (対人)の有無	有 〇〇海上火災			保険株式(相互)会社 無 農業協同組合		
損害賠償に関する 交渉の経過	過失割合について交渉中						
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。 令和3年4月12日 住所 〇〇市〇〇区南〇条西〇〇丁目〇番 氏名 広域太郎 被害者との関係 (本人) 保険者等代表者 北海道後期高齢者医療広域連合長 宛							
注 1. 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。 2. 損害賠償に関する交渉の経過は、例えば「〇月〇日見舞品をどれだけ受け取った」、「医療費、付添いの費用はどちらで負担する」等を詳細に記入し、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. 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合は、その旨書いてください。 4. 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。							

※交通事故以外の時は、交通事故に係る部分は斜線を引いてお使いください。