

第三者行為による被害届（交通事故以外）

被保険者	被保険者証の番号		電話番号	()					
	被保険者名 (被害者名)		生年月日	年	月	日			
第三者 (加害者)	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		
負傷概要	負傷の日時	年 月 日 時 分頃							
	負傷の場所								
	発病の原因 又は負傷時の 状況								
	傷病名			今回の被害を受ける前の通院中外傷的傷病名 有()・無					
	病院名	①	(入院・外来)	自	年	月	日	～	治療中
				至	年	月	日		
		②	(入院・外来)	自	年	月	日	～	治療中
			至	年	月	日			
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 有・無 (○で囲む)						
保険	有・無	保険	証券番号等						
備考									

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、届け出ます。

年 月 日

被保険者 住所
(被害者)

氏名

電話番号

(あて先) 広島県後期高齢者医療広域連合長

- (注) 1 負傷の概要はできるだけ詳細に、また、加害者が不明の場合はその旨を記入してください。
 2 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に(例:○月○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 後日調査の関係上、関係者の電話番号等は、できるだけ記入してください。