

第三者行為による被害届

| | |
|-------|--|
| 保険者番号 | |
| 処理年月日 | |
| 処理番号 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|---------------------|-----------------------|-----------|-----------|-------|-------|----------|--|-----|--|
| 被害者 | フリガナ | | 性 | | 生年 | 月 | 年 | 被保険者 | | 法 | |
| | 氏名 | | 別 | | 月日 | | 日 | 番号 | | 別 | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | | | TEL | |
| | 職業(事業所) | TEL | | | | | | | | | |
| 事故の状況 | 事故発生日時 | 平成 年 月 日 午前 時 分頃 天候 | | | | | | | | | |
| | 事故発生場所 | | | | | | | | | | |
| | 事故原因と状況 | | | | | | | | | | |
| | 警察届出区分 | 届済・未届 | 届出警察署 | 警察署 | | | 届出年月日 | 平成 年 月 日 | | | |
| 診療 | 後期高齢者医療制度で診療した日 | 平成 年 月 日 | 治療を受けた病院等の所在地と名称 | 当初 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 第三者者に関する事項 | 加害者 | 氏名 | フリガナ | | | | 性別 | 年齢 | | | |
| | | 住所 | 〒 TEL (自宅) | | | | | | | | |
| | | 職業 | TEL (連絡先) | | | | | | | | |
| | | 保有者との関係 | 本人・従業員・親族 その他 () | | | | | | | | |
| | | 車の保有者 | 氏名 | | | | | | | | |
| | | 住所 | 〒 TEL | | | | | | | | |
| | | 契約者との関係 | 本人・譲受人・借受人 その他 () | | | | | | | | |
| 自賠責保険 | 自賠責 | 保険会社名 | | | | 証明書番号 | | | | | |
| | | (共済)契約者氏名 | 保険・共済 | 自平成 年 月 日 | 登録番号 | | | | | | |
| | | 種別 | 期間 | 至平成 年 月 日 | (No.プレート) | | | | | | |
| | | | 県別 | | | | 車台番号 | | | | |
| | | | 契約者住所 | 〒 TEL | | | | | | | |
| | 任意保険会社名(共済) | | | | 証券番号 | | | | | | |
| 示談の状況 | | | | | | | | | | | |
| <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とおりお届けします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者 住所</p> <p>長崎県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p style="text-align: right;">氏名 ㊞</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>注 1. 提出時まで不明な点はそのままにして提出し、後日判明次第連絡してください。</p> <p>2. 示談書が作成してあれば写しを添付してください。</p> <p>3. 交通事故証明書の交付を受けている場合は原本を提出してください。</p> <p>4. 右欄上の保険者番号等の記入はしないでください。</p> | | | | | | | | | | | |