

第三者行為による傷病届書

後期高齢者医療									
被保険者番号			世帯主 と 続柄		男 女 歳	世帯主	住所	電話 ()	
被保険者氏名							氏名		
傷病又は負傷の 年 月 日	年 月 日		発病又は負傷 の発生場所						
第三者障害の 区分	交通事故 ・ けんか ・ その他 ()								
事故発生当時の 具体的状況及び 被害の程度									
目撃者の氏名 及び住所	氏名			住所					
第三者(加害者) の氏名及び住所	氏名			住所	電話 () -				
第三者が勤務して いる事業所の名称 及び所在地	名称			所在地	電話 () -				
診療を受けた(受 けている)病院名 及び所在地	病院名			所在地					
保険診療の有無	有 ・ 無	診療を受けた (又は見込み)期間		自	年 月 日		日間	至 年 月 日	
示談の状況	成立した ・ 成立していない ・ 交渉中 (月 日現在)			損害賠償 の額	円		内訳	医療費	円
第三者の加入する 自動車損害賠償 責任保険関係	加入の有無	有 ・ 無	契約保険会社名						
			保険証明書番号						
第三者の加入する 任意保険(対人) 関係	加入の有無	有 ・ 無	契約保険会社名						
			証券番号						
<p>上記のとおり届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>高知県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>被保険者氏名 ⑤</p> <p>(代筆者氏名 被保険者との続柄)</p>									

添付書類

- 1 示談が成立しているときは、示談書の写し
- 2 損害賠償請求権が、放棄その他の理由で消滅しているときは、そのことを証するに足る書類