

第三者行為による被害届

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|-------------|-----------------------------------|---------------|-------|----------|------|---------------|------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 | 被害者 | | 保険者番号 | | 区分 | 国保・後期高齢者 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 被保険者番号 | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 負傷の日時 及び場所 | | 氏名 | | | | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| | | | 日時 | 平成 年 月 日 時 分頃 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 発病の原因又は 負傷時の状況 | | 場所 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 傷程の度 | | | | | 治癒までの見込み | 入院 日 | 診療費総額 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 通院 日 | 円 | | | | | | | | | | | | |
| | 診療を受けた医療機関名 | | 当初 | | | | 転医後 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 人身傷害補償保険（特約）の加入 | | | 有・無 | | 保険会社名 | | | | 担当者名 | | | | | | | | | | |
| 相 手 方 | 住所 | | | | 氏名 | | | | 職業 | | | | | | | | | | |
| | 保有者の住所 | | | | | 氏名 | | | | 電話 | | | | | | | | | |
| | 自動車 保険 | 自 賠 責 | 会社（農協）名 | | | | | | | 電 話 | | | | | | | | | |
| | | | 証明書番号 | | | | | | | 担当者氏名 | | | | | | | | | |
| | | | 契約者住所 | | | | | | | 契約者氏名 | | | | | | | | | |
| | | | 所有者住所 | | | | | | | 所有者氏名 | | | | | | | | | |
| | 任意 | 会社（農協）名 | | | | | | | 電 話 | | | | | | | | | | |
| 証券番号 | | | | | | | | 担当者氏名 | | | | | | | | | | | |
| 損害賠償請求・支払に関する取扱い対応 | | | 1. 自賠責保険対応 2. 任意一括する 3. その他 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 示談 | 済 ・ 未 ・ 交渉中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>国民健康保険法施行規則第32条の6【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: center;">長 様</p> <p>福井県後期高齢者医療広域連合長</p> <p style="text-align: right;">住所 世帯主 氏名 または 電話 後期高齢者 個人番号</p> <p style="text-align: right;">印</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注 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。

注 国保連合会へ事務委託する際は必ず「個人番号」欄を塗りつぶした上で写しを送付してください。

第三者行為による被害届

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------|--|-------------------------|----------|--|-------|----------|--------------|--------------|-------|--|------|--------------------|--------------|--|--|--|--|--|
| 被 保 者 | 保険者番号 | | 区分 | 国保・後期高齢者 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者番号 | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 国保 太郎 | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大昭・平 ××年 ××月 ××日 | | | | | | |
| | 負傷の日時 | 日時 | 平成 2×年 ××月 ××日 13時 00分頃 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 及び場所 | 場所 | 〇〇県◇◇市△△町■丁目●一▼ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 発病の原因又は負傷時の状況 | 交差点を直進中に、左方から一時停止を無視して交差点に進入した相手車両と衝突した。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷 程 の 度 | 病 | 頭部挫傷、左前腕解放骨折など | | | | | 治癒までの見込み | 入院 | ××日 | 診療費総額 | | | | | | | | | |
| | 通院 | | | | | | | ●●日 | わかる範囲で 円 | | | | | | | | | | |
| | 保険診療 | 平成 2×年 ××月 ××日 から | | | | | | している。 していない。 | | | | | | | | | | | |
| 診療を受けた医療機関名 | 当初 | 〇▽病院 | | | | | 転医後 | 〇×整形外科医院 | | | | | | | | | | | |
| 人身傷害補償保険（特約）の加入 | | 有・無 | | 保険会社名 | | 〇×△保険 | | 担当者名 | | 〇〇 △□ | | | | | | | | | |
| 相 手 方 | 住所 | 〒91×-×××× 〇〇県××市△△町××番地 | | | | | 氏名 | 加害 一郎 | | | | | 職業 | | | | | | |
| | 保有者の住所 | 〒91×-×××× 〇〇県××市△△町××番地 | | | | | 氏名 | 加害 衛門 | | | | | 電話 | 0776-**-**** | | | | | |
| | 自動車保険 | 会社（農協）名 | ●×□損保 | | | | | 電話 | 0776-**-**** | | | | | | | | | | |
| | | 証明書番号 | 第 ×××××××× 号 | | | | | 担当者氏名 | 《自賠責損保担当者名》 | | | | | | | | | | |
| | | 契約者住所 | 〇〇県××市△△町××番地 | | | | | 契約者氏名 | 加 害 衛 門 | | | | | | | | | | |
| | | 所有者住所 | " | | | | | 所有者氏名 | " | | | | | | | | | | |
| 任意 | 会社（農協）名 | □◇×火災 | | | | | 電話 | 0776-**-**** | | | | | | | | | | | |
| | 証券番号 | 第 ◆◆◆◆◆◆◆◆ 号 | | | | | 担当者氏名 | 《任意損保担当者名》 | | | | | | | | | | | |
| 損害賠償請求・支払に関する取扱い対応 | | 1. 自賠責保険対応 ② 任意一括する 3. その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 示談 | 済・未・交渉中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 国民健康保険法施行規則第32条の6【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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〇〇市長 様 福井県後期高齢者医療広域連合長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 または 後期高齢者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | ◇◇市△△町●丁目▲番地■ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | 国 保 太 郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 | | 0776-**-**** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注 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。

注 国保連合会へ事務委託する際は必ず「個人番号」欄を塗りつぶした上で写しを送付してください。