

第三者行為による被害届(後期高齢者医療用)

被害者氏名		生年月日		明・大・昭 年 月 日	
保険者番号		被保険者番号			
加害者	住所	氏名	年 月 日生	職業	電話
加害者の使用者	住所	氏名	年 月 日生	職業	電話
負傷の日時及び場所	年 月 日 午前 時 分頃、場所 午後				
発病の原因又は負傷時の状況					
疾病又は負傷の程度	後期高齢者医療による診療		1. 年 月 日からしている	2. していない	日 月 日
診療を受けた保険医療機関名	当初	転移後			
自動車事故の場合の加害自動車	自賠責保険契約会社名	保険株式会社 農業協同組合		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 ・ 無	保険株式会社 農業協同組合		
損害賠償に関する交渉の経過					
<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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名</p> <p style="text-align: center;">東京都後期高齢者医療広域連合長殿</p>					

- 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、詳細に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記入し、示談が成立した時は示談書写しを提出してください。
 3. 自動車の轍き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いてください。
 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。