

第三者行為等による被害届

被害者	被保険者番号		被保険者名	フガナ		年 月 日生
加害者	氏名	フガナ		職業	勤め先	
	住所				電話 ()	
加害者の使用主	氏名	フガナ		職業	勤め先	
	住所				電話 ()	
負傷の日時場所	年 月 日 午前 時 分頃			午後	場所	
事故発生の原因及び状況						
傷病名及び負傷の程度				治ゆまでの見込み	入院 日 通院 日	診療費総額 円
診療を受けた病院又は医院	当初 医院名			住所		
	転院後 医院名			住所		
自動車事故の場合の加害自動車	自賠責保険契約 保 険 会 社			証明書番号	第 号	
	登録番号 車 両 番 号			車台番号		
	契約者住所			契約者		
	所有者住所			所有者		
	任意保険の有無	有 無	有の場合保険会社(共済)名			
	証券番号	第	号	保険期間	年 月 日 年 月 日	
	契約者住所				氏名	
損害賠償の交渉経過						
<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>年 月 日</p> <p>届出人 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>電 話</p> <p>福島県後期高齢者医療広域連合長</p>						

- 注 1 事故発生の原因、発生時の状況はできるだけ詳細に記入してください。
- 2 損害賠償の交渉経過は、詳細に例えば 日 日見舞金をどれだけ受けとり、医療費、付添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を提出してください。
- 3 自動車のひ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を記入してください。