様式第２４号（第１２条関係）

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 | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | |
| 年　　月　　日生 | | | | | |
| 加害者 | | 氏　名 | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | 電話番号 | | | (　 )  （自宅・携帯） |
| 男・女 | | | | | | | |
| 住　所 | |  | | | | | | | | 勤め先 | | |  |
| 加害者の使用主 | | 氏　名 | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | 事業所名 | | |  |
| 男・女 | | | | | | | |
| 住　所 | |  | | | | | | | | 電話番号 | | |  |
| 負傷の日時場所 | | 年 　月　 日 | | | | | 午前  午後 | | 時　　分頃 | | | 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 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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。  　　　　年　　月　　日  届出人　住　所  　　　　氏　名　　　　　　　　　 　　㊞  　　　　電 話  福島県後期高齢者医療広域連合長 | | | | | | | | | | | | | | | |

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。