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） | 被保険者  番 号 | |  | | | | 氏　名 | ふりがな | | | | | | |
| 年　　月　　日生 | | | | | | |
| 加害者  （相手方） | 氏　名 | | ふりがな | | | | | | | | 電話番号 | | |  |
|  | | | | | | | |
| 住　所 | |  | | | | | | | | | | | |
| 加害者の  使用主 | 事業所名 | |  | | | | | | | | 代表者名 | | |  |
| 住　所 | |  | | | | | | | | 電話番号 | | |  |
| 事故発生  日　時 | 年 　　月　　 日 | | | | | | | 時　　　分頃 | | | | | | |
| 事故発生  場　所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 労災対象確　認 | **□** | この事故は労災保険の給付対象(業務上・通勤中)の事故ではありません。(確認後☑)  ※労災に該当する場合、資格確認書等を利用しての医療機関受診はしないでください。 | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関  受診状況 |  | | | | | 入院　有・無 | | | 治療開始日　　　　　　年　　月　　日  治療終了(見込)日　　　年　　月　　日 | | | | | |
|  | | | | | 入院　有・無 | | | 治療開始日　　　　　　年　　月　　日  治療終了(見込)日　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 加害者  （相手方）  自賠責保険  加入状況 | 保険会社 | | |  | | | | | 証明書番号 | | | | 第　 　　　　号 | |
| 登録番号 | | |  | | | | | 車台番号 | | | |  | |
| 契約者住所 | | |  | | | | | 契約者氏名 | | | |  | |
| 所有者住所 | | |  | | | | | 所有者氏名 | | | |  | |
| 加害者  （相手方）  任意保険  加入状況 | 加入有無 | | | 有・無 | 有の場合保険会社(共済)名 | | | | | | |  | | |
| 証券(契約)  番号 | | | 第　　　　　　　　　　号 | | | | | | 保険期間 | | | 年　　月　　日～  　　　 　 年　　月　　日 | |
| 契約者住所 | | |  | | | | | | 契約者氏名 | | |  | |
| 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届け出ます。  　　　　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、発生時の状況は別紙（事故発生状況報告書）に詳しく記入してください。

２　医療費等の負担について、示談をしている場合、その内容についてわかるもの（示談書の写等）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　記載内容について確認したいことがある場合に必要なため、連絡先(電話番号)を記入してください。