

過失の大小に関わらず、
被保険者は **被害者** となります。

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	0ではじまる8ケタ 00000000	氏 名	ふりがな 000000	年 月 日生
加害者 (相手方)	氏 名	ふりがな 000000	電話番号	000-0000	
	住 所	0000000000			
加害者の 使用主	事業所名	加害者(相手方)が会社(事業所・施設等)の車を使用していた場合には、 わかる範囲でかまいませんので、こちらの欄にも記入してください			
	住 所				
事故発生 日 時	令和 00 年 00 月 00 日 時 分頃				
事故発生 場 所	00000000000000000000				
労災対象 確 認	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>) ※労災に該当する場合、保険証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	00病院	入院	有・無	治療開始日	00年00月00日
	00薬局	入院	有・無	治療終了(見込)日	00年00月頃 日
加害者 (相手方) 自賠責保険 加入状況	保険会社	相手方保険加入情報はわかる範囲で記入をお願いします。 (保険会社名・担当者名のみでも可) 保険証書等の写し等がある場合には「別紙のとおり」等 記入いただき、こちらへの記入は省略可能です。 ※不明の場合は空欄でも可。			治療開始・終了日は わかる範囲で記入ください。
	登録番号				
	契約者住所				
	所有者住所				
加害者 (相手方) 任意保険 加入状況	加入有無	有	日～日		
	証券(契約) 番号	第			
	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。 00年00月00日 届出人 住 所 0000000000000000 氏 名 000000 電 話 000-0000 被保険者以外が届出のときは、 余白に被保険者との関係(続柄等)を 記入してください。 福島県後期高齢者医療広域連合長 ※届出人 000000 被保険者との関係 00					

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のため、連絡先(電話番号)を記入してください。