

第三者の行為による被害届

被保険者・後期高齢者医療加入者		保険者番号			
-		被保険者証の記号・番号			
個人番号					
氏名	介護証番号				
電話	年	月	日	生	男・女
事故発生年月日	年	月	日	午前・午後	時 分 頃
事故発生場所					
病院名等	当初	転医後			
保険による診療	年 月 日から、している・していない		入院・通院		
事故の状況	事故発生状況報告書に図示してください		国保	退職 (本・家)	後期
相手方との契約	示談未済・示談成立 年 月 日				
傷病者	徒歩・自転車・バイク・単車・乗用車 (軽)・トラック (軽)				
相手方	自転車・バイク・単車・乗用車 (軽)・トラック (軽)・バス・タクシー・その他				

相手方	氏名	男・女	年齢	職業	親権者名
	住所	(電話)			
勤務先	(電話)				
使用者					
交通事故の場合	自賠責保険	(会社名	証明書番号)	
	任意保険	(会社名	証券番号)	
	任意担当者		電話		

上記の通り届け出ます。

年 月 日

様

住所
氏名