

様式3

国保
後期
介護

第三者行為による被害届

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		
	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・乗用車・トラック・その他（ ）				
相 手 方	自転車・バイク・乗用車・トラック・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	自賠償保険	(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

木津川市長 宛

住所

氏名

印

※ 連合会は、この求償事務の受託により知り得た個人情報及び特定個人情報を法令等に則るとともに、連合会規則等に基づき適正かつ厳正に取り扱います。