

記入見本

後期

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	記入不要				保険者番号	3	9	2	6	1	0	0	0				
	記入不要				被保険者証の記号・番号	0	1	2	3	4	5	6	7				
	氏名	広域 太郎			介護証番号	記入不要											
	電話	012-345-6789			大	昭	平	12	年	3	月	4	日	生	男	・	女
	事故発生年月日	令和元年 5月 1日			午前	・	午後	11	時	34	分	頃					
	事故発生場所	京都府00000 00000			交通事故証明書に記載の住所												
	病院名等	当初	〇〇病院			転医後	〇△病院										
保険による診療	令和元年5月1日から、 <u>している</u> ・していない												<u>入院</u> ・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	記入不要			家	後期							
相手方との契約	示談未済・示談成立 年 月 日																
傷病者	<u>徒歩</u> ・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・ <u>乗用車(軽)</u> ・トラック(軽)・バス・タクシー・その他																

相手方	氏名	国保 次郎	男	・	女	年齢	40	職業	会社員	親権者名			
	住所	京都府0000000000				(電話)	000-000-0000						
	勤務先	〇×△株式会社				(電話)	000-000-0000						
	使用者	〇〇 〇〇〇〇		事故の相手方と日常の車両の使用者が違う場合にご記入ください									
	交通事故の場合	自賠償保険	(会社名	〇〇保険株式会社		証明書番号	0000000000)	
	任意保険	(会社名	〇×保険株式会社		証券番号	0000000000)		
	任意担当者	000 0000				電話	000-000-0000						

上記の通り届出

届出人の住所・氏名を記入して押印してください
(被保険者本人でなくてもかまいません)

令和元年 5月 5日

(あて先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

住所 京都府京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋町620

氏名 広域 太郎

