

# 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	平成28年 1月 1日		午前	・	午後	12	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	平成28年1月1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	記入不要		家																			
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	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)

平成28年 1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

