

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						
	氏 名						介 護 証 番 号						
	電 話						大・昭・平		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

(あて先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

住所

氏名

㊞