

第三者行為による被害届

被 保 者	保険者番号		区分		国保・後期高齢者															
	被保険者番号		個人番号																	
	氏名					生年月日	明・大・昭・平 年 月 日													
	負傷の日時	日時	平成 年 月 日 時 分頃																	
	及び場所	場所																		
	発病の原因又は負傷時の状況																			
	傷程の度					治癒までの見込み	入院 日	診療費総額												
		保険診療				平成 年 月 日 から				通院 日	している。 していない。 円									
	診療を受けた医療機関名		当初					転医後												
	人身傷害補償保険（特約）の加入			有・無		保険会社名						担当者名								
相 手 方	住所					氏名	明・大・昭・平 年 月 日				職業	電話								
	保有者の住所					氏名					電話									
	自動車保険	自賠責	会社（農協）名							電話										
			証明書番号							担当者氏名										
			契約者住所							契約者氏名										
			所有者住所							所有者氏名										
	任意	会社（農協）名							電話											
証券番号								担当者氏名												
損害賠償請求・支払に関する取扱い対応			1. 自賠責保険対応 2. 任意一括する 3. その他																	
示談	済 ・ 未 ・ 交渉中																			
<p>国民健康保険法施行規則第32条の6【高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条】の規定により、上記のとおりお届けします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">長 様</p> <p>福井県後期高齢者医療広域連合長</p> <p style="text-align: right;">住所 世帯主 氏名 または 電話 後期高齢者 個人番号 印</p>																				

注 発病の原因又は負傷時の状況は、できるだけ詳細に記入してください。

注 国保連合会へ事務委託する際は必ず「個人番号」欄を塗りつぶした上で写しを送付してください。