

第三者行為による被害届

被 保 険 者 (受 給 者)	保険種別	国保一般・退職本人・退職家族・ <u>後期高齢者</u> ・介護		
	証記号		証番号	被保険者番号
	氏名	フリガナ	生年月日 年 月 日生	
第 三 者	住所	〒 - (電話) - -		
	氏名	フリガナ	勤務先	(電話) - -
	住所	〒 - (電話) - -		
事 故 概 要	自賠責	有・無	証明書番号	
	任意	有・無	保険証券番号	
	車検証	所有者氏名	住所	
診 療	病院名	初診日	年 月 日	
		国保等診療開始日	年 月 日	
事 故 場 所	事 故 状 況	初診日	年 月 日	
		国保等診療開始日	年 月 日	
上記のとおり、届け出ます。 令和 年 月 日 住所 広島県後期高齢者医療広域連合長 様 被保険者 氏名				

(注) 1. この届は、国民健康保険の被保険者、後期高齢者医療の被保険者又は介護保険の被保険者が被害を受けた場合提出してください。
 2. 事故状況は、できるだけ詳細に記入してください。
 3. 後日調査の必要上、関係者の電話番号等は、できるだけ記入してください。