

保険者	
診療年月	平成 年 月
処理番号	

### 第三者行為による被害（傷病）届

被害者	フリガナ	性別	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	被保険者証 記号・番号	法 別	後期	
	氏名							
	個人番号							
※被害者の人身傷害保険(任意保険)の状況 ①有 ②無 保険会社( ) 担当者					職 業			
事故の 状況	発 生 日 時							
	発 生 場 所							
	事故原因と状況	発生状況報告書による						
	警察署への届出	届済・未届 (いずれか○印)	届出所轄署				警察署	
診療関係	後期高齢者医療 で診療を開始した日		治療を受けた病院等の所在地と 名称	当初	転医			
第三者へ相手者 に関する事項	相手者へ 運転者	氏 名	フリガナ			性別	年齢	
		住 所	〒 電話(自宅)					
		職 業	電話(連絡先)					
		保有者との 関 係	本人・従業員・親族・その他( )					
	車の 保有者	氏 名						
		住 所	〒 電話(連絡先)					
		契約者との 関 係	本人・譲受人・借受人・その他( )					
	自賠責 保険	保険会社名 (共済)		証明書番号		保険・共済 期 間	自 至	登録番号 (No.プレート)
		契約者氏名		契 約 者 住 所	〒 電話(連絡先)			
		任意 保険	保険会社名 (共済)		証券番号			保険会社 担当者名
示談の 状況								

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。

平成 年 月 日

宮崎県後期高齢者医療広域連合長 様 被保険者 住 所

氏 名 印

電話番号

- 注 1. 提出時まで不明な点はそのままして提出し、後日判明次第連絡してください。  
2. 示談書が作成してあれば写しを添付して下さい。

記載例

第三者行為による被害(傷病)届

保険者	
診療月日	平成 年 月
処理番号	

あなたが加害者でも被害者としてします。

個人番号の記入は不要です。

あなたが加入している任意保険で人身傷害保険に加入している場合に記入します。

事故証明書があれば記入できます。

国保で治療を始めた月日を記入します。

相手者(運転者・加害者)のことです。

車の保有者は、車の所有者のことです。

自賠責保険は、相手の車に付いている自賠責保険のことを記入します。

任意保険は、相手に付いている任意保険です。

示談が成立している場合は示談書(写し)を添付して下さい。

届出の年月日を記入します。

被害者	フリガナ	コウキ タロウ	性	男	明治・大正・昭和	1122334	法				
	氏名	後期 太郎	別	女	生年月日	16年 9月10日	被保険者証記号・番号	後期			
個人番号						受給者番号					
※被害者の人身傷害補償保険(任意保険)の状況 ①有 ②無					職業	農業					
保険会社( ) 担当者											
事故の状況	発生日時	平成 27 年 10 月 30 日 午前・午後 3 時 10 分 ころ									
	発生場所	宮崎市下原町 231番地 1先路上									
	事故原因と状況	発生状況報告書による									
	警察署への届出	届済・未届(いずれか○印)		届出所轄署		宮崎北 警察署					
診療関係	後期高齢者医療で診療を開始した日	平成27年10月30日	治療を受けた病院等の所在地と名称	当初	転医						
		より		〇〇 整形外科	△△ 病院						
第三者運転者に関する事項	相手者(運転者)	氏名	山田 花子		フリガナ	ヤマダ ハナコ	性別	女	年齢	26	
	車の保有者	住所	〒 宮崎市〇〇町123番地4 電話(自宅) 0985-11-2222								
		職業	会社員 電話(連絡先) 0985-33-4444								
		保有者との関係	本人・従業員・親族・その他( )								
	自賠責保険	氏名	山田 一郎								
		住所	〒 宮崎市〇〇町123番地4 電話(連絡先) 0985-11-2222								
		契約者との関係	本人・譲受人・借受人・その他( )								
	任意保険	保険会社名(共済)	△△ 保険	証明書番号	AB-1234	保険・共済期間	自 H17.4.10 至 H19.4.10	登録番号	宮崎300	あ1234	
		契約者氏名	山田 一郎		契約者住所	〒 宮崎市〇〇町123番地4 電話(連絡先) 0985-11-2222					
	任意保険	保険会社名(共済)	〇〇 保険	証券番号	CD-5678			保険会社担当者名	鈴木		
示談の状況	未解決 又は 示談成立 平成 年 月 日										
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通りお届けします。											
平成 28 年 1 月 20 日											
宮崎県後期高齢者医療広域連合長 様					被保険者	住所	宮崎市〇〇町123番地4				
					氏名	山田 一郎		印			
					電話番号	0985-11-2222					

職業を記入します

事故の届けをした警察署を記入します。

事故の治療をした病院名を記入します。

記入の仕方でおわかりにならない  
ところは空欄にして、広域連合  
事務局の担当窓口へお尋ねください。

注 1. 提出時まで不明な点はそのままにして提出し、後日判明次第連絡して下さい。  
2. 示談書が作成されている場合は写しを添付して下さい。