

### 第三者の行為による傷病届

平成 年 月 日

福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

届出者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話 \_\_\_\_\_

次のとおりお届けします。

保険者番号		被保険者番号	
後期高齢者医療 被保険者名	フリガナ	生年月日	明大昭 年 月 日(才)
	氏名	性別	男・女 職業
事故の内容	発生日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃	
	発生場所		
	事故原因と状況		
	警察署への届	届済・未届(いずれか 印)	届出所轄署 警察署
	心身の状況	相手者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気( )
受給者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気( )	
被保険者の人身障害 保証保険について		有・無	損保名[ 会社] サービスセンター 担当者名[ ] 電話番号[ ]
第三者 (相手者)関係	住所	電話	
	フリガナ	性別	男・女 年齢 職業
	氏名		才
	保有者との関係	本人・従業員・親族・その他( )	
	住所 (所在地)	電話( )	
	名称		
代表者			
契約者との関係	本人・譲受人・借受人・その他( )		

第三者の 共済 関係	自賠責 保険	保険会社(又は農協)		共済 証明書番号 保険		
		共済 保険 契約 者	住所	電話( )		
			フリガナ	共済 期間 保険	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日	
		氏名	プレートナンバー			
相手者の自動車		車種	登録番号 車両番号	車台 番号		
任意保険(対人)の有無		有・ 無	契約保険 会社	保険株式(共済)会社 電話番号( ) 農業共同組合	サービスセンター 担当者	
		証券番号	第 号			
治療 関係	傷病名及び 傷病の程度				治療終了日( 年 月 日)	
	医療機関の 所在地・名称					
	診療の期間 (見込み期間)	平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)		
示談	示談が成立した(平成 年 月 日) ・ 交渉中 ・ 示談はしない					
	示談をする予定( 月ごろ) ・ 裁判の見込み					
損害賠償金を 受領した場合		名目	金額又は品目	受領年月日		
<p>注1 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。</p> <p>交通事故証明書(自動車安全運転センターが交付する原本。) 1部</p> <p>交通事故発生状況報告書(同封の用紙に記入) 1部</p> <p>念書(同封の用紙に受給者側で記入) 1部</p> <p>誓約書(同封の用紙に相手者側で記入) 1部</p> <p>同意書(同封の用紙に受給者側・相手者側それぞれで記入) 1部</p> <p>示談書の写し(示談書が作成されている場合のみ) 1部</p> <p>2 この届書の内容で提出のときまでわからないこと(第三者関係など)があれば、一応空白のまま提出し、 判明次第おって連絡してください。</p> <p>3 添付書類についても、すぐ揃わないものは後で提出してください。</p> <p>4 詳しいことは、下記にお尋ねください。</p>						
連絡先 八女市役所 市民課 公費医療係 電話0943-23-1117						