

第三者の行為による傷病届

令和 年 月 日

（あて先）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 _____
電話 _____

次のとおり関係書類を添えて届出します。

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			職業			
事 故 の 内 容	発 生 日 時	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 傷 害 補 償 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	相 手 者	住 所						
		フリガナ	-----		年令	才	職業	
		氏 名						
	保 有 者 （ 所 有 者 ・ 使 用 主 ）	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 保険 関係	自賠責 保険	保険会社（又は農協）				共済 保険	証明書番号				
		共済 保険 契約者	住 所	電話							
			フリガナ	-----		共済 保険	期 間	自	年	月	日
			氏 名					至	年	月	日
	相手の自動車		車種			登録番号 車両番号	プレートナンバー	車台 番号			
	任意保険（対人）の有無		有・無	契約保険会社		保険会社（共済） 農業協同組合					サービスセンター
						電話番号（ ）			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）		年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別（入 ・ 外）	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別（入 ・ 外）	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別（入 ・ 外）
示 談	示談が成立した（ 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

- 注1 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。
- 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
 - 交通事故発生状況報告書（同封の用紙に記入） 1 部
 - 念書（同封の用紙に受給者側で記入） 1 部
 - 誓約書（同封の用紙に相手者側で記入） 1 部
 - 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
 - 示談書の写し（示談書が作成されている場合のみ） 1 部
- 2 この届書の内容で提出の時までわからないこと（第三者関係など）があれば、空白のまま提出し、判明次第追って連絡してください。
- 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。
- 4 詳しいことは、下記にお尋ねください。

連 絡 先	八女市役所 介護長寿 課 高齢者支援 係 担当者（ ） 電 話（ 0943-23-1308 ）
-------	--