

第三者の行為による傷病届

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] 担 当 者 名 []	サービスセンター 電話番号 []	

第 三 者 (相手者) 関 係	相 手 者	住 所	電話			
		フリガナ	年 令	才	職 業	
		氏 名				
	保 有 者 と の 関 係	本人 ・ 従 業 員 ・ 親 族 ・ そ の 他 （ ）				
	保 有 者 (所有者・使用主)	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 保険	自賠責 共済 保険 契約者	保険会社（又は農協）		共済 保険 証明書番号	
		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
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
			電話番号（ ）		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)	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	課	係	担当者（ ） 電 話（ ）
-------	---	---	------------------