

| | | | | | |
|------|-------------------------|------|-------------|------|--|
| 整理番号 | 自動車 自転車 飼い犬 傷害 | 資格区分 | 後期高齢者 | 住民番号 | |
| | | 所得区分 | 現役・一般・低Ⅱ・低Ⅰ | | |

第三者の行為による傷病届

| | | | | | | |
|------------------|------------------------|-----|------|-------------------|--|--|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | | | |
| | 氏名 | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 | | |
| | 勤務先 (無い場合は 記入不要) | 所在地 | | | | |
| | | 名称 | TEL | | | |

| | | | | | |
|-------------|-----|-----|-----|--|--|
| 第 三 者 | 住所 | | | | |
| | 氏名 | TEL | | | |
| | 勤務先 | 所在地 | | | |
| | | 名称 | TEL | | |

| | | | |
|----------------|-------|----------|------|
| 事故発生の 年 月 日 | 年 月 日 | 午前 午後 | 時 分頃 |
| 事故発生 場所 | | | |

| | | |
|------------------|-------|---|
| 示 談 状 況 | 示談の有無 | 見舞金、自賠責保険から仮渡金、治療費など金品をもらった場合や、話し合いをした場合はその状況を記入してください。 ※示談したときは示談書の写しを添付してください。 |
| | 有・無 | |
| | | |

※ 提出するときは次の書類を添付してください

- 1 交通事故証明書（人身事故） ※ 傷害・飼い犬による咬傷の場合不要です
- 2 事故発生状況報告書
- 3 念書（署名は被保険者です）
- 4 誓約書（署名は第三者です）

（届出上の注意）

- 1 この届出は、第三者行為（交通事故等）で負傷し、後期高齢者医療を使用して治療を受ける場合に提出してください。
- 2 後期高齢者医療を使用して治療を受けたときは、その費用の限度において、熊本県後期高齢者医療広域連合が加害者や自賠責・任意保険に対して損害賠償請求権を取得します。

特記事項

| | | | | | |
|-------------|----------------|------|------|----------------------|--|
| 第 三 者 | 自動車損害賠償保険（自賠責） | | | | |
| | 保険会社名 | | 保険期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | |
| | 保険契約者 | 氏名 | | 所有者との関係 | |
| | | 住所 | | 運転者との関係 | |
| | 自動車所有者 | 氏名 | | 住所 | |
| 車両番号 | | 車台番号 | | | |

| | | | | |
|-------------|---------|--|---------|---------|
| 第 三 者 | 任意保険の有無 | | | 有・無 |
| | 保険会社名 | | 任意保険の使用 | 可・不可・不明 |
| | 担当者氏名 | | 電話番号 | |
| | 証券番号 | | | |
| 保険契約者 | 氏名 | | 住所 | |

| | | | |
|------------------|------------------------|---|-------|
| 被 保 険 者 | 受診した 医療機関に 関する事項 | 受診した 医療機関名 (複数あれば すべて記入し てください) | |
| | 保険診療 開始日 | | 年 月 日 |
| | | | |

上記のとおり届けます。 令和 年 月 日

住所

氏名

電話

市(区)町村受付

※市(区)町村窓口にて受付した場合

広域連合受付

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様