

国保

後期

介護

第三者の行為による被害届

被保険者・後期高齢者医療加入者	—						保 険 者 番 号						
	—						被保険者証の記号・番号						
	氏 名						介 護 証 番 号						
	電 話						大・昭・平・令		年	月	日	生	男・女
	事 故 発 生 年 月 日			年	月	日	午前・午後		時	分 頃			
	事 故 発 生 場 所												
	病 院 名 等	当 初					転医後						
保 険 に よ る 診 療	年 月 日から、している・していない							入 院 ・ 通 院					
事 故 の 状 況	事故発生状況報告書に図示してください					国 保	退職（本・家）		後 期				
相 手 方 と の 契 約	示談未済・示談成立							年 月 日					
傷 病 者	徒歩・自転車・バイク・単車・乗用車(軽)・トラック(軽)												
相 手 方	自転車・バイク・単車・乗用車(軽)・トラック(軽)・バス・タクシー・その他												

相 手 方	氏 名			男・女	年齢	職業	親権者名					
	住 所	(電話)										
	勤 務 先	(電話)										
	使 用 者											
	交 通 事 故 の 場 合	自 賠 責 保 険	(会社名					証 明 書 番 号)			
任 意 保 険		(会社名					証 券 番 号)				
任 意 担 当 者									電 話			

上記の通り届け出ます。

年 月 日

南丹市長 様
京都府後期高齢者医療広域連合長 様

住所

氏名

(※)

(※)本人が直接持参又は郵送をしない場合は、記名押印してください。

※ 連合会は、この求償事務の委託により知り得た個人情報等を法令的に則るとともに、連合会規則等に基づき、適正かつ厳正に取り扱います。