

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	—									個 人 番 号										
	—									保 険 者 番 号										
	氏 名									被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号										
										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。

令和 年 月 日

様

住所

氏名

※ 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。