

様式第 24 号 (第 16 条関係)

第三者行為による被害届

被害者	被保険者証号		被保険者名			
	個人番号		生年月日	年	月	日
第三者	住所		氏名	年	月	日生
					職業	電話
第三者の使用	住所		氏名	年	月	日生
					職業	電話
事故発生の 日時及び 発生場所	平成 年 月 日 午前 時 分頃 午後 時 分頃 場所					
事故発生の 原因及び 状況						
傷病及び 負傷の程度					治ゆまでの 見込み	全治 月 日
保険医療 機関等名	当初		転医後			
自動車 事故の 場合の 第三者 側自動車 保険	自賠保	会社名 (共済名)		証明書 番号		
		保険期間	平成 年 月 日～ 月 平成 年 月 日	登録番号 (フリートナンバー)		
				車台番号		
		契約者 住所		氏名		
		所有者 住所		氏名		
		会社名 (共済名)		担当者 氏名	電話	
		証券番号 (契約番号)		保険期間	年 月 日～ 月 年 月 日	
	契約者 住所		氏名			
示談の有無	有	無	交渉経過			
<p>高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 4 6 条の規定により上記の通りお届けします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>山形県後期高齢者医療広域連合長 様</p>						

(注) 1. 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば 月 日見舞品をどれだけ受取った、医療費、付添の費用はどちらで負担する等を記し、示談が成立した時は示談書写を添付して下さい。

2. 届出日現在で不明事項については、空白のまま提出して下さい。

なお、判明次第山形県後期高齢者医療広域連合へ連絡して下さい。

被害者	被保険者証番号	12345678	被保険者名	広域次郎		
	個人番号	111122223333	生年月日	昭和14年 1月 1日		
第三者	住所	宮城県仙台市青葉区〇—〇—〇	氏名	宮城 太郎	職業	会社員
				昭和25年10月1日生		電話 022-000-0000
第三者の使用	住所	宮城県仙台市〇〇区〇—〇—〇	氏名	仙台 一郎	職業	会社員
				昭和25年12月10日生		電話 022-111-0000
事故発生の日時及び場所	平成 20年 6月 15日		午前 午後	10時20分頃 場所 仙台駅前		
事故発生の原因及び状況	前方不注意による、一時停止している車への追突事故					
傷病及び負傷の程度	右足骨折及び頸椎捻挫			治ゆまでの見込み	全治 6ヶ月 日	
保険医療機関等名	当初	仙台〇〇病院		転医後	山形中央〇〇医院	
自動車事故の場合の第三者側自動車	自賠責	会社名(共済名)	〇〇共済		証明書番号	987654321
		保険期間	平成20年 3月 1日～ 平成22年 2月28日 24ヶ月		登録番号(プレートナンバー)	仙台 あ 112
		契約者住所	宮城県仙台市〇〇区〇—〇—〇		車台番号	2222222
		所有者住所	宮城県仙台市〇〇区〇—〇—〇		氏名	仙台 一郎
任意保険	会社名(共済名)	〇〇海上	担当者氏名	〇〇		電話 022-111-2222
	証券番号(契約番号)	〇〇〇〇		保険期間	平成20年 3月 1日～ 平成22年 2月28日 24ヶ月	
	契約者住所	宮城県仙台市〇〇区〇—〇—〇		氏名	仙台 一郎	
示談の有無	有	無				

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定により上記の通りお届けします。

平成 28年 5月 25日

被保険者 住所 山形市〇〇町〇—〇—〇

氏名 広域次郎



山形県後期高齢者医療広域連合長 様

- (注) 1. 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば 月 日見舞品をどれだけ受取った、医療費、付添の費用はどちらで負担する等を記し、示談が成立した時は示談書写を添付して下さい。  
2. 届出日現在で不明事項については、空白のまま提出してください。  
なお、判明次第山形県後期高齢者医療広域連合へ連絡してください。