

第三者の行為（交通事故）による被害届

被保険者証番号		被保険者 (被害者)氏名		生年月日		
被保険者 (被害者) の状況	事故発生年月日	年 月 日	場 所			
	事故発生の原因とその状況				用 務	私用、商用、社用、 公用、その他
	傷病名とその状況	初診年月日	年 月 日	診療見込	期間	円
		保険診療の希望		有・無	年 月 日から	
保険医療機関名	所在地					
第 三 者 (加害者)	加 害 者	住 所			氏 名	
	使用主又は自動車の保有者	所在地			名 称	
	自 賠 責 保 険	保険会社名			保険契約者	
		証明書番号			保 險 期 間	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・
	任 意 保 険	保 險 契 約	有 ・ 無		保 險 会 社 名	
		保 險 契 約 者			保 險 期 間	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・
				契 約 保 険 金	円	
損 害 賠 償 状 況	損害賠償の請求状況	自賠責・任意・ 第三者	年 月 日	請求中 請求済	円	
	損害賠償額の内訳					
	示談成立の有無及び交渉状況	有（有に○の場合は写を添付のこと） 無				
上記のとおりお届けいたします。						
平成 年 月 日						
申請者 住所 _____						
石川県後期高齢者医療広域連合長 様 氏名 _____ ㊟						