

第三者の行為（交通事故）による被害届

被保険者証番号	40000035	被保険者 (被害者)氏名	給付 次郎	生年月日	昭和3年3月3日	
被保険者 (被害者) の状況	事故発生年月日	平成27年4月4日 午後3時頃	場所	石川県〇〇市〇〇丁目〇番地		
	事故発生の 原因とその状況	別紙、事故発生状況報告書のとおり		用務	私用 商用、社用、 公用、その他	
	傷病名と その状況	右足首複雑骨折、 腰椎骨折	初診 年月日	平成27年4月4日	診療 見込	期間 平成27年4月~27年6月 金額 1,000,000円
	保険医療機関名	〇〇市立△△病院	所在地	石川県〇〇市〇〇丁目〇番〇号		
第三者 (加害者)	加害者	住所	石川県〇〇市〇〇丁目〇番地	氏名	広域 太郎	
	使用主又は 自動車の保有者	所在地	同上	名称	同上	
	自賠責保険	保険会社名	〇〇損害保険会社		保険契約者	広域 太郎
		証明書番号	K0-123456		保険期間 車種・番号	HO・〇・〇~HO・〇・〇 石川口〇〇〇〇
	任意保険	保険契約	有・無		保険会社名	〇〇△△保険
		保険契約者	広域 太郎		保険期間 契約保険金	HO・〇・〇~HO・〇・〇 無制限 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（有に〇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。 〇〇年〇〇月〇〇日 申請者 住所 石川県〇〇市〇〇丁目〇番地 石川県後期高齢者医療広域連合長 様 氏名 給付 次郎 印						