

後期高齢者医療 第三者の行為による被害届

被害者	被保険者証 の番号		被保険者 氏名	年 月 日生	後期高齢者
加害者	住所	〒	氏名		職業 電話
加害者の 使用主	住所	〒	氏名		職業 電話
発生日時	平成 年 月 日 時 分頃 天候			発生場所	
事故発生の 原因及び 状況					
傷病及び 負傷の程度				治癒までの 見込み	全治
医療機関名	当初		転医後		
自動車 事故の 場合の 加害 自動車	自 賠 責 保 険	会社名 (共済名)		証明書番号	
		保険期間	年 月 日～	登録番号 (プレート・ナンバー)	
			年 月 日 カ月	車台番号	
		契約者 住所	〒	氏名	
任意 保 険	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～	年 月 日 カ月
	契約者 住所	〒	氏名		
被保険者の 人身傷害補償 保険について	人身傷害補償保険		人身傷害補償保険を使用する場合		
	有	無	契約保険会社名 (共済名)	担当者氏名	電話
示談の 有無	有	無	交渉経過		
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とおり届け出ます。 〒 平成 年 月 日 住所 被保険者 氏名 ⑩ 新潟県後期高齢者医療広域連合長 あて 電話					

※示談が成立している場合は、示談書の写を添付してください。示談交渉中の場合は、交渉経過を詳細に記入してください。

過失の割合に関係なく、被害者欄には被  
保険者（あなた様）を記入し、加害者欄  
には相手の情報を記入してください。

## 記入例

## 第三者の行為による被害届

被害者	被保険者証 の番号	被保険者 氏名	長 寿 花 子 昭和 ○年 ○月 ○日 生		後期高齢者	
個人番号	個人番号（マイナンバー）は、「通知カード」や「個人番号カード」等を確認して ご記入ください。					
加害者	住所	〒000-0000 〇〇市△△1丁目1号	氏名	加 害 太 郎	電話 000-000-0000	
加害者の 使用主	住所	〒	氏名		職業 電話	
発生日時	平成○年 ○月 ○日 午後○時○分頃 天候 雨		発生場所	〇〇市国道○号線△交差点		
事故発生の 原因及び 状況	○号線△交差点において青信号を横断しようとしたところ、左折してきた 加害者の運転する車と接触した。					
傷病及び 負傷の程度	右大腿骨骨折、頭部打撲			治癒までの 見込み	全治 ○か月	
医療機関名	当初	〇〇総合病院		転医後		
自動車 事故の 場合の 加害 自動車	自 賠 責 保 険	会社名 (共済名)	△△海上火災保険		証明書番号	□□□〇〇〇〇〇
		保険期間	平成 ○年 ○月 ○日～ 平成○年 ○月 ○日 ○ヵ月		登録番号 (プレート・ナンバー)	〇〇500 あ〇〇〇〇
		契約者 住所	〒000-0000 〇〇市△△1丁目1号		氏 名	加 害 太 郎
		所有者 住所	〒 同上		氏 名	同上
任 意 保 険	会社名 (共済名)	〇〇損害保険会社	担当者 氏 名	担当者名	電話 000-000-0000	
	証券番号 (契約番号)	□□□□×××	保 険 期 間	平成○年 ○月 ○日～ 平成○年 ○月 ○日 ○ヵ月		
	契約者 住所	〒000-0000 〇〇市△△1丁目1号		氏 名	加 害 太 郎	
被保険者の 人身傷害補償 保険について	人身傷 有	加害者（相手の方）の 自動車保険の情報を記 入してください。				
		人身傷害補償保険を使用する場合			担当者氏名	
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とおり届け出ます。						
平成 ○年 ○月 ○日	住所	〒000-0000 〇〇市□□1丁目2号				
氏名欄は、被保険者（あなた様）あるい はご家族の方の名前を記入して下さい。		氏 名	長 寿 花 子 ①			
新潟県後期高齢者医療広域連合長 あて		電 話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			