|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 整　 理  番　 号 | |  | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 資　格  区　分 | 後期高齢者 | | 住民  番号 |  | | 所　得　区　分 | | 現役 ・ 一般 ・ 低Ⅱ ・ 低Ⅰ | | |   自動車  自転車  飼い犬  傷　害 |
| **第三者の行為による傷病届** | | | | | | | |
| 被　保　険　者 | 被　保　険　者　番　号 | | | |  | | |
| 氏　　　名 | |  | | | 生 年 月 日 | 明治・大正・昭和・平成・令和  　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 勤 務 先  （無い場合は記入不要） | | 所在地 |  | | | |
| 名　称 | TEL | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第　三　者 | 住　　　所 |  | |
| 氏　　　名 | TEL | |
| 勤 務 先 | 所在地 |  |
| 名　称 | TEL |

|  |  |
| --- | --- |
| 事 故 発 生 の  年　月　日 | 午前  　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　午後　　　　時　　　　分頃 |
| 事 故 発 生 の  場　　　所 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 示　談　状　況 | 示談の有無 | 見舞金、自賠責保険から仮渡金、治療費など金品をもらった場合や、話し合いをした場合はその状況を記入してください。  ※示談したときは示談書の写しを添付してください。 |
| 有 ・ 無 |
|  |  |

　　　※　提出するときは次の書類を添付してください

　　　　　1　交通事故証明書 （人身事故）　　　　※傷害・飼い犬による咬傷の場合不要です

　　　　　2　事故発生状況報告書

　　　　　3　念書 （署名は被保険者です）

　　　　　4　誓約書 （署名は第三者です）

　　　　(届出上の注意)

　　１　この届出は、第三者行為 (交通事故等） で負傷し、後期高齢者医療を使用して治療を受ける場合に提出してく

　　　　ださい。

　　２　後期高齢者医療を使用して治療を受けたときは、その費用の限度において、熊本県後期高齢者医療広域連合が

　　　　　加害者や自賠責・任意保険に対して損害賠償請求権を取得します。

　特記事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第　　　三　　　者 | 自 動 車 損 害 賠 償 保 険 （ 自 賠 責 ） | | | | | | | | | |
| 保険会社名 |  | | 保　険  期　間 | | | 年　　　　　月　　　　　日　　から  　年　　　　　月　　　　　日　　まで | | | |
| 保険契約者 | 氏名 |  | 所有者との関係 | | | | | |  |
| 運転者との関係 | | | | | |  |
| 住所 |  | | | | 電 話  番 号 | |  | |
| 自 動 車 の  所有者 | 氏名 |  | | 住所 |  | | | | |
| 車 両 番 号 |  | | | 車 台 番 号 | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第　　　三　　　者 | 任 意 保 険 の 有 無 | | | | | | | 有　・　無 |
| 保険会社名 |  | | | 任意保険  の使用 | | 可　・　不可　・　不明 | |
| 担当者氏名 |  | | | | 電 話  番 号 |  | |
| 証券番号 |  | | | | | | |
| 保険契約者 | 氏名 |  | 住所 |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 受診した  医療機関に  関する事項 | 受 診 し た  医療機関名  （複数あれば  　すべて記入  してください) |  |
|  |
|  |
| 保　険　診　療  開始日 | 年　　　　　月　　　　　日 |

　　上記のとおり届けます。　　　　　　　　年　　　月　　　日

市 町 村 受 付

※市町村窓口にて受付した場合

広 域 連 合 受 付

　　住　所

　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　電　話

熊本県後期高齢者医療広域連合長　様