

|            |  |                          |         |       |                   |  |
|------------|--|--------------------------|---------|-------|-------------------|--|
| 整 理<br>番 号 |  | 自動車<br>自転車<br>飼い犬<br>傷 害 | 資 格 区 分 | 後期高齢者 | 住民<br>番号          |  |
|            |  |                          | 所 得 区 分 |       | 現役 ・ 一般 ・ 低Ⅱ ・ 低Ⅰ |  |

第 三 者 の 行 為 に よ る 傷 病 届

|                  |                          |     |     |         |                       |  |
|------------------|--------------------------|-----|-----|---------|-----------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被 保 険 者 番 号              |     |     |         |                       |  |
|                  | 氏 名                      |     |     | 生 年 月 日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和<br>年 月 日 |  |
|                  | 勤 務 先<br>(無い場合は<br>記入不要) | 所在地 |     |         |                       |  |
|                  |                          | 名 称 | TEL |         |                       |  |

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

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

|                  |       |                                                                                     |
|------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 示<br>談<br>状<br>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。<br>※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<br>三<br>者 | 自 動 車 損 害 賠 償 保 険 （ 自 賠 責 ） |     |  |  |            |                      |
|             | 保険会社名                       |     |  |  | 保 險<br>期 間 | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで |
|             | 保険契約者                       | 氏 名 |  |  | 所有者との関係    |                      |
|             |                             | 住所  |  |  | 電話番号       |                      |
|             | 自 動 車 の<br>所 有 者            | 氏 名 |  |  | 住 所        |                      |
|             | 車 両 番 号                     |     |  |  | 車 台 番 号    |                      |

|             |               |     |  |                  |             |
|-------------|---------------|-----|--|------------------|-------------|
| 第<br>三<br>者 | 任 意 保 険 の 有 無 |     |  |                  | 有 ・ 無       |
|             | 保険会社名         |     |  | 任 意 保 険<br>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<br>保<br>険<br>者 | 受診した<br>医療機関に<br>関する事項 | 受 診 し た<br>医 療 機 関 名<br>(複 数 あ れ ば<br>す べ て 記 入 し<br>て く だ さ い ) |       |
|                  |                        |                                                                  |       |
|                  |                        |                                                                  |       |
|                  |                        | 保 險 診 療<br>開 始 日                                                 | 年 月 日 |

上記のとおり届けます。 令和 年 月 日

住 所

氏 名 ㊞

電 話

熊 本 県 後 期 高 齢 者 医 療 広 域 連 合 長 様

|                   |
|-------------------|
| 市（区）町 村 受 付       |
| ※市(区)町村窓口にて受付した場合 |
| 広 域 連 合 受 付       |
|                   |