

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 金額	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 自動車の所有者	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 険 期 間 車種・番号		. . . ~ . . .	
	任 意 保 険	保 険 契 約	有 . 無		保 険 会 社 名	
		保険契約者	保 険 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。						
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 _____ ㊟						