

第三者行為による届出書（自転車）

事故の状況	受傷日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃				
	受傷場所					
	受傷原因と状況 (どのようにして受傷したか具体的に記入してください)				
	警察署への届出	届済・未届	届出警察署	警察署	届出年月日	年 月 日
被害者	被保険者証の番号					
	フリガナ			男	大正・昭和・平成・令和 生年月日 年 月 日 (歳)	
	氏名			女		
	住所					
	電話(自宅)			電話(携帯)		
加害者に関する事項	フリガナ			男	大正・昭和・平成・令和 生年月日 年 月 日 (歳)	
	氏名			女		
	住所					
	電話(自宅)			電話(携帯)		
	車両所有者	本人・本人以外(親族・従業員・その他())				
	保険有無/証券番号	有 / 無		第	号	
	保険会社名					
	担当者					
	電話					
	【備考】					
診療した医療機関	医療機関名					
	治療期間	自 年 月 日 至 年 月 日				
診療した医療機関	医療機関名					
	治療期間	自 年 月 日 至 年 月 日				
示談の状況	有 / 無					
<p>国民健康保険法施行規則第 32 条の 6 又は高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 46 条、介護保険法施行規則第 33 条の 2 の規定により上記のとおりお届けします。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名 _____ 印</p> <p>電話番号 _____</p>						
秋田県後期高齢者医療広域連合 広域連合長 _____ 様						