

第三者行為による届出書（個人賠償責任保険）

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	生年月日	大正・昭和・平成・令和 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	加害者	フリガナ			男	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		
		氏名			女				
		住所							
		電話(自宅)			電話(携帯)				
		【備考】							
	個人賠償責任保険	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								
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 2 の規定により上記のとおりお届けします。 年 月 日 住 所 _____ 氏 名 _____ 印 電話番号 _____									
秋田県後期高齢者医療広域連合 広域連合長 様									