

様式第 24 号（第 16 条関係）

第三者行為による被害届

被害者		被保険者証 番 号				被保険者名		年 月 日生				
第三者		住所				氏名		年 月 日生		職業 電話		
第三者の 使用者		住所				氏名		年 月 日生		職業 電話		
事故発生 日時及び場所				年 月 日		午前 午後		時 分頃		場所		
事故発生 の 原因及び 状況												
傷病及び 負傷の程度									治ゆまでの 見込み		全治 ヶ月 日	
保険医療 機関等名		当初						転医後				
自動車 事故の 場合の 第三者 側自動車	自 賠 責 保 険	会社名 (共済名)						証明書 番号				
		保険期間		年 月 日～ 年 月 日 ヶ月				登録番号 (プレート・ナンバー)				
								車台番号				
		契約者 住所						氏 名				
	所有者 住所						氏 名					
	任 意 保 険	会社名 (共済名)						担当者 氏 名		電話		
		証券番号 (契約番号)						保険期間		年 月 日～ 年 月 日 ヶ月		
		契約者 住所						氏 名				
示談の 有 無		有 無		交渉経過								
高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 4 6 条の規定により上記のとおりお届けします。 年 月 日 被保険者 住所 氏名 印 山形県後期高齢者医療広域連合長 様												

(注) 1. 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば 月 日見舞品をどれだけ受取った、医療費、付添の費用はどちらで負担する等を記し、示談が成立した時は示談書写を添付して下さい。
2. 届出日現在で不明事項については、空白のまま提出してください。
なお、判明次第山形県後期高齢者医療広域連合へ連絡してください。