

整理 番号	自動車 自転車 飼い犬 傷害	資格 区分	後期高齢者	住民 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 保 険 者	被保険者番号					
	氏名				生年月日	年 月 日
	勤務先 (無い場合は 記入不要)	所在地				
		名称	TEL			

第 三 者	住所				
	氏名	TEL			
	勤務先	所在地			
名称		TEL			

事故発生の 年月日	年 月 日	午前 午後	時 分頃
事故発生の 場所			

示 談 状 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。 ※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 三 者	自動車損害賠償保険（自賠責）					
	保険会社名				保 険 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで
	保険契約者	氏名			所有者との関係	
				運転者との関係		
		住所			電 話 番 号	
自動車 所有者	氏名			住 所		
車 両 番 号				車 台 番 号		

第 三 者	任意保険の有無				有 ・ 無
	保険会社名			任意保険 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 保 険 者	受診した 医療機関に 関する事項	受診した 医療機関名 (複数あれば すべて記入 してください)			
		保 険 診 療 開 始 日	年 月 日		

上記のとおり届けます。 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電 話 _____

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

市町村受付
※市町村窓口にて受付した場合
広域連合受付