様式 3（第4条関係）

国保　後期　介護

第三者の行為による被害届

被保険者・後期高齢者医療加入者	―		保険者番号		
	―		被保険者証の記号・番号		
	氏名		介護証番号		
	電話		大・昭・平　年　月　日生		男・女
	事故発生年月日	年　月　日　午前・午後　時　分頃			
	事故発生場所				
	病院名等	当初		転医後	
保険による診療		年　月　日から、している・していない		入院・通院	
事故の状況		事故発生状況報告書に図示してください	国保	退職（本・家）	後期
相手方との契約		示談未済・示談成立　年　月　日			
傷病者	徒歩・自転車・バイク・単車・乗用車(軽)・トラック(軽)				
相手方	自転車・バイク・単車・乗用車(軽)・トラック(軽)・バス・タクシー・その他				

相手方	氏名		男・女	年齢	職業	親権者名
	住所	（電話）				
	勤務先	（電話）				
	使用者					
	交通事故の場合	自賠責保険	（会社名　証明書番号　）			
		任意保険	（会社名　証券番号　）			
		任意担当者			電話	

上記の通り届け出ます。

平成　年　月　日

様

住所

氏名　印

※ 連合会は、この求償事務の委託により知り得た個人情報を法令的に則るとともに、連合会規則等に基づき、適正かつ厳正に取り扱います。