

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	明治・大正・昭和 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 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	
		住所		運転者との関係	
	自動車 所有者	氏名		住所	
車両番号		電話番号		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。 令和 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(区)町村受付
※市(区)町村窓口にて受付した場合
広域連合受付