

第三者行為による被害届

被害者	被保険者証 の番号	09876543	被保険者 氏名	長 寿 花 子 昭和2年 1月 1日 生	後期高齢者	
加害者	住所	〇〇市△△1丁目1号	氏名	加 害 太 郎	職業 会社員 電話 000-000-0000	
加害者の 使用主	住所		氏名		職業 電話	
発生日時	平成20年 4月 1日 午後7時00分頃 天候曇り			発生場所	〇〇市国道〇号線△交差点	
事故発生の 原因及び 状況	〇号線△交差点において青信号を横断しようとしたところ、左折してきた加害者の 運転する車と接触した。					
傷病及び 負傷の程度	右大腿骨骨折、頭部打撲			治癒までの 見込み	全治 4か月	
医療機関名	当初	〇〇総合病院		転医後		
自動車 事故の 場合の 加害 自動車	自 賠 責 保 険	会社名 (共済名)	△△海上火災保険		証明書番号	□□□〇〇〇〇〇
		保険期間	平成19年 3月 1日～ 平成21年 3月 1日 24ヵ月		登録番号 (プレート・ナンバー)	〇〇500 あ1234
					車台番号	△△△-×××××
		契約者 住所	〇〇市△△1丁目1号		氏名	加 害 太 郎
	所有者 住所	同上		氏名	加 害 太 郎	
	任 意 保 険	会社名 (共済名)	〇〇損害保険会社	担当者 氏名	担当者名	電話 000-111-2222
		証券番号 (契約番号)	□□□□×××		保険期間	平成19年 3月 1日～ 平成21年 3月 1日 24ヵ月
		契約者 住所	〇〇市△△1丁目1号		氏名	加 害 太 郎
被保険者の 人身傷害補償 保険について	人身傷害補償保険		人身傷害補償保険を使用する場合			
	有	無	契約保険会社名 (共済名)	担当者氏名	電 話	
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46条の規定により上記のとおりお届けします。						
平成 20年 4月 4日		住所 〇〇市□□1丁目3号				
		被保険者 氏名		長 寿 花 子 ⑧		
新潟県後期高齢者医療広域連合長 あて		電 話		000-000-1111		

※示談が成立している場合は、示談書の写を添付してください。示談交渉中の場合は、交渉経過を詳細に記入してください。