

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		
				運転者との関係		
		住 所			電話番号	
	自 動 車 の 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。 令和 年 月 日

住 所

氏 名

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