

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
