

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		2 6 0 0 2 6			
	—						被保険者証の記号・番号		福 —			
	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	令和		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	令和 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 令和 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	(会社名				証明書番号)	
	任意	(会社名				証券番号)		
	任意							電話		

上記の通り届け出ます。

令和 年 月 日

福知山市長 様

(世帯主)住所

氏名

印

(代理人)住所

氏名

印