

第三者行為による傷病届

被 保 険 者	保険者番号				医療種別				後期高齢者医療 (給付割合__割)			
	被保険者番号				個人番号							
	氏 名	フリガナ			生年月日		明治 大正 昭和		年 月 日			
			性別		男・女		年齢		歳			
住 所	〒 _____ (電話) _____											
第 三 者 (相 手 方)	氏 名	フリガナ			生年月日		大正 昭和 平成		年 月 日			
					性別		男・女		年齢		歳	
	住 所	〒 _____ (電話) _____										
	勤務先	(電話) _____										
自 賠 責	有・無				保険				証明書番号			
	契約者	氏名			住所							
任 意	有・無				保険				証券番号			
	所有者	氏名			住所							
	使用者	氏名			住所							
車 検 証	車両番号		〔ナンバープレート〕		車台番号							
事 故 概 要	届出警察署				発生日時				年 月 日 午前 午後 時 分			
	場 所											
	事故状況											
診 療	病院名 薬局名			初 診 日				年 月 日				
				保険診療開始日				年 月 日				
				初 診 日				年 月 日				
				保険診療開始日				年 月 日				
				初 診 日				年 月 日				
		保険診療開始日				年 月 日						
上記のとおり届けます												
年 月 日				住所				届出者 (被保険者) 氏名				
愛媛県後期高齢者医療連合長 様												

念 書

場 所

年 月 日 () において

相手方名

被害者名

() の不法行為により () の被った保険事故について、高齢者の医療の確保に関する法律による給付を受けた場合は、私が相手方に対して有する損害賠償請求権を高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条第 1 項の規定によって後期高齢者医療広域連合が給付の価額の限度において取得、行使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことをここに申し立てます。

なお、あわせてつぎの事項を遵守及び同意することを誓約します。

- 1 相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もってその内容を申し出、承諾を得ること。
- 2 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 相手方側から金品を受けたときは受領年月日、内容金額（評価額）を直ちに届出ること。
- 4 転居したときは、直ちに届け出ること。
- 5 貴殿が、医療機関や損害保険会社等から、交通事故に関する情報の提供を受けること。
- 6 貴殿が、損害賠償請求権の行使にあたり、診療報酬明細書等の写しを請求先に提供すること。

年 月 日

後期高齢者医療広域連合長 殿

住 所

氏 名

印