

(表)

様式第18号 (第13条関係)

## 第三者の行為による傷病届

年 月 日

福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

届出者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
電 話 \_\_\_\_\_

次のとおりお届けします。

保険者番号		被保険者番号	
後期高齢者医療 被保険者名	フリガナ	生年月日	年 月 日 ( 才 )
	氏 名	性別	男・女 職業
事故の内容	発 生 日 時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃	
	発 生 場 所		
	事故原因と状況		
	警 察 署 へ の 届	届 済 ・ 未 届 (いずれか○印)	届出所轄署 西 警察署
	心 身 の 状 況	相手者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )
受給者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )	
被保険者の人身傷害 補償保険について		有 ・ 無	損 保 名 [ 会社 ] サービスセンター 担当者名 [ ] 電話番号 [ ]

第三者 (相手者) 関係	相手者	住 所	電話					
		フリガナ	性別	男・女	年令	才	職業	
		氏 名						
	保有者との関係		本人 ・ 従業員 ・ 親族 ・ その他 ( )					
	保有者 (所有者・ 使用主)	住 所 (所在地)	電話					
		名 称						
		代 表 者						
契約者との関係		本人 ・ 譲受人 ・ 借受人 ・ その他 ( )						