

後期高齢者医療第三者行為による傷病届

福 社	市町村番号			年 月 日		
有				(〒 ー)		
無		愛知県後期高齢者医療広域連合長 様		届出者 住所 氏名 電話		
下記の通りお届けします。				被保険者との関係(本人・配偶者・子・その他())		
事故発生日	年 月 日 午(前・後) 時 分	事故発生 場 所				
事故原因と状況						
被害者名 (被保険者名)	被保険者番号	職 業				
	住 所 (フリガナ) 氏 名	(〒 ー)		生 年 月 日	年 月 日	
第 三 者 に 関 す る 事 項	運 転 者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日	
		住 所	(〒 ー)			
		職 業		電 話	()	
	保 有 者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日	
		住 所	(〒 ー)			
		職 業		電 話	()	
		運 転 者 との関係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()			
	契 約 者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日	
		住 所	(〒 ー)			
		職 業		電 話	()	
		運 転 者 との関係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()			
	自 賠 責 保 険	有	保 険 会 社		証 明 書 番 号	
無						
任 意 保 険 (対 人)	有	保 険 会 社		支 店 名	課 名	担 当 者 名
	無			証 券 番 号	電 話 ()	
医療機関の所在地・名称(氏名)		傷病名	初診日	年 月 日		
当 初			保 険 診 療	有 ・ 無		
			保 険 診 療 開 始 日			
転 医 後			診 療 見 込 期 間			
			診 療 見 込 金 額	円		

注意 この申請書に次の書類を添付して提出して下さい。

- 1 事故発生状況報告書
- 2 交通事故証明書
- 3 念書(同意書)等