

後期高齢者医療第三者行為による傷病届

福祉 有 無	市町村番号			年 月 日		
		(〒 ー)				
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