

## 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	令和2年 4月 10日 (〒443-0000)				
愛知県後期高齢者医療広域連合長 様		届出者 住所	愛知県蒲郡市旭町17-1			
		氏名	蒲郡 太郎			
		電話	0533-66-XXXX			
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	令和2年 4月 1日 午(前)・後) 9時20分	事故発生 場所	蒲郡市〇〇町1-1			
事故原因と状況	信号のない交差点で出会い頭に衝突した					
被害者名 (被保険者名)	被保険者番号	12345678	職業	無職		
	住所	(〒443-0000)愛知県蒲郡市旭町17-1				
	(フリガナ) 氏名	がまごおり たろう 蒲郡 太郎	生年月日	昭和20年 2月 2日		
第 三 者 に 関 す る 事 項	運 転 者	氏名	後期 次郎	生年月日	昭和60年 3月 3日	
		住所	(〒443-0000)蒲郡市〇〇町2-2			
		職業	運送業	電話	0533(66)〇〇〇〇	
	保 有 者	氏名	後期運送(株)	生年月日	年 月 日	
		住所	(〒443-0000)蒲郡市〇〇町3-3			
		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	(〒 - )				
	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	<input checked="" type="checkbox"/>	保険会社	愛知後期損保	証明書 番号	ABI23456789	
	<input type="checkbox"/>					
任 意 保 険 (対人)	<input checked="" type="checkbox"/>	保険会社	後期海上火災保険	支店名	課名	担当者名
				蒲郡支店	損害	愛知 三郎
	<input type="checkbox"/>	証券番号		電話	( )	
医療機関の所在地・名称(氏名)		傷病名	初診日	令和2年 4月 1日		
当 初	愛知市民病院 蒲郡市〇〇町4-4		外傷性硬膜下 血腫	保険診療	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	
				保険診療 開始日	令和2年 4月 1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