

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	
愛知県後期高齢者医療広域連合長 様		被保険者 住所		(〒 ー )	
		氏名		印	
		電話			
下記の通りお届けします。					
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			
	フリガナ	続柄	性別	男・女	
氏名	氏名	生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日		
		生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日		
第 三 者 に 関 す る 事 項	運 転 者	住所	(〒 ー )		
		職業	電話	( )	
		氏名	生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日	
保 有 者	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	(明・大・昭・平) 年 月 日		
	住所	(〒 ー )			
	職業	電話	( )		
運 転 者 の 関 係	氏名	生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日		
	住所	(〒 ー )			
	職業	電話	( )		
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
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