

後期高齢者医療第三者行為による傷病届

福 祉		市町村番号						年 月 日				
有												
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				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		(〒 -)							
			職 業				電 話		()			
	保 有 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 ()							
	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		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