

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				(〒 ー)		
無				届出者 住所		
愛知県後期高齢者医療広域連合長		様		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	(〒 ー)				
	(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	(〒 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