

第三者行為による傷病届

(後期高齢者医療用)

年 月 日

記入例

被保険者	住所	〒 ー	押印してください。
	氏名		
	電話	固定() ー	
		ー	

(宛先) 愛知県後期高齢者医療広域連合長

「交通事故証明書」を参考にして記入してください。

可能な限り詳細に記入してください。

事故発生日	年 月 日	事故発生場所	福祉医療費を受給している方のみ 記入してください。
	午(前・後) 時 分		
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。		

被保険者番号	受給者番号
	職業
	性別 男 ・ 女
	生年月日 T・S 年 月 日
	生年月日 T・S・H 年 月 日

相手方が記入するか、
被保険者が相手方に確認のうえ、記入してください。

第三者(相手方)に関する事項

運転者	氏名	〒 ー
	住所	
	職業	電話 () ー
保有者	保有者が運転者と同じ場合は、□にチェックを記入してください。 契約者についても、運転者又は保有者と同じ場合は、□にチェックを記入してください。	
	職業	電話 () ー
契約者	氏名	生年月日 T・S・H 年 月 日
自賠償保険	有 無	保険会社
		証明書番号
任意保険(対人)	有 無	支店名
		課名 担当者名

□運転者と同じ	職業	電話 () ー
□保有者と同じ	運転者との関係	本人・親族(続柄))・事業主・その他()
□運転者と同じ	氏名	生年月日 T・S・H 年 月 日
□保有者と同じ	住所	〒 ー
	職業	電話 () ー
	運転者との関係	本人・親族(続柄))・事業主・その他()

相手方の保険会社を記入してください。
「自動車損害賠償責任保険証明書」「任意保険証書」等を、
参考にして記入してください。

可能な限り詳細に記入してください。

医療機関		傷病名	初診日	年 月 日
当初	所在地		保険診療	有 ・ 無
	名称		保険診療開始日	年 月 日
転医後	所在地		診療見込期間	
	名称		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. 念書(兼同意書) 3. 交通事故証明書等