

居宅介護支援事業者医療第三者行為による傷病届

記入例				年 月 日		
愛知県後期高齢者医療広域連合長 様		届出者 住所		(〒 -)		
「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	時 分	事故発	場所	
事故原因と状況		被保険者との関係 (本人・配偶者・子・その他 ())				
被害 (被保険者)		被保険者番号	職業			
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。		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				
	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	可能な限り詳細に記入してください。			
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