

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 連 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	
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