

第三者行為による傷病届

福祉 有 無	市町村番号	平成 年 月 日					
		(〒 -)					
愛知県後期高齢者医療広域連合長 様		被保険者 住所					
		氏名	印				
		電話					
下記の通りお届けします。							
事故発生日	平成 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			
	フリガナ			続 柄	性別 男・女		
	氏 名			生 年 月 日	(明・大・昭・平) 年 月 日		
第 三 者 に 関 す る 事 項	運 転 者	氏 名			生 年 月 日	(明・大・昭・平) 年 月 日	
		住 所	(〒 -)				
		職 業			電 話	()	
	保 有 者	氏 名			生 年 月 日	(明・大・昭・平) 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	(明・大・昭・平) 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 無	保 険 会 社			証 明 書 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	平成 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