第三者行為による傷病届

福祉	市町村番号
有	
無	

愛知県後期高齢者医療広域連合長　様

年　月　日

（〒　－　）

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	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	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		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		証明書番号	
	任意保険（対人） 有	保険会社		支店名	課名 / 担当者名
	任意保険（対人） 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