

第三者の行為による被害届

岐阜県後期高齢者医療広域連合 連合長		住所(〒 - )		年 月 日		
		被保険者 氏名				
		電話( ) -				
高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定により下記のとおりお届けします。						
事故発生日	年 月 日 午(前・後) 時 分頃	事故発生 場 所				
制 度	後期高齢者医療制度	事故原因 と状況				
被害者 (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( 歳)		
加害者 (第三者) に 関 す る 事 項	加害者 (運転者)	氏 名		生年月日	年 月 日( 歳)	
		住 所	(〒 - )			
		職 業		電 話	( ) -	
	保有者	氏 名		電 話	( ) -	
		住 所	(〒 - )			
		加害者 との関係				
	契約者	氏 名		電 話	( ) -	
		住 所	(〒 - )			
		保有者 との関係				
自賠責 保 険	有・無	保険会社		証明書番号		
任 意 保 険	有・無	保険会社		支店名	課 名	担 当 者 名
		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 開 始 日	年 月 日		
転院後			診療見込期間			
			診療見込金額	円		