

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		令和△△年△△月△△日 住所（〒501-6111） 岐阜市柳津町宮東1丁目1番地				
		被保険者 氏名 広域 太郎 電話（〇〇〇）□□□-△△△△				
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	令和□□年□□月□□日 午（前・後） 8時45分頃	事故発生場所	岐阜市〇〇町〇-〇			
制度	後期高齢者医療制度	事故原因と状況	追突			
被害者 (被保険者名)	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	職業	無職		
	(フリガナ)	コウイキ タロウ	続柄	本人		
	氏名	広域 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
加害者 (第三者) に関する事項	加害者 (運転者)	氏名	会社員	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
		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	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	保険会社	●●海上火災保険	証明書番号	●●●●●●●●●●	
任意保険	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	保険会社	★★海上火災保険	支店名	課名	担当者名
		証券番号	★★★★★★★★★★	★★支店	損害課	★★ ★★
				電話	(★★★) ★★-★★★	
医療機関の所在地・名称 (氏名)		傷病名	初診日	令和□□年□□月□□日		
当初	〇〇病院 整形外科	全身打撲 他	保険診療開始日	令和□□年□□月□□日		
転院後			診療見込期間	未定		
			診療見込金額	円		