

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<br>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<br>午(前・後) 時 分頃 | 事故発生<br>場 所   |               |       |       |         |
| 制 度  | 後期高齢者医療制度            | 事故原因<br>と状況   |               |       |       |         |
| 被害者<br>(被保険者名)                             | 被保険者<br>番 号          |               | 職 業           |       |       |         |
|  | (フリガナ)               |               | 続 柄           |       |       |         |
|  | 氏 名                  |               | 生年月日          | 年 月 日 |       |         |
| 加害者<br>(第三者)<br>に<br>関<br>する<br>事<br>項     | 加害者<br>(運転者)         | 氏 名           |               | 生年月日  | 年 月 日 |         |
|  |                      | 住 所           | (〒 - )        |       |       |         |
|  |                      | 職 業           |               | 電 話   | ( ) - |         |
|  | 保有者                  | 氏 名           |               | 電 話   | ( ) - |         |
|  |                      | 住 所           | (〒 - )        |       |       |         |
|  |                      | 加 害 者<br>との関係 |               |       |       |         |
|  | 契約者                  | 氏 名           |               | 電 話   | ( ) - |         |
|  |                      | 住 所           | (〒 - )        |       |       |         |
|  |                      | 保 有 者<br>との関係 |               |       |       |         |
|  | 自賠責<br>保 険           | 有・無           | 保険会社          |       | 証明書番号 |         |
| 任 意<br>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<br>開 始 日 | 年 月 日 |       |         |
| 転<br>院<br>後                                |                      |               | 診療見込期間        |       |       |         |
|  |                      |               | 診療見込金額        | 円     |       |         |