

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(〇〇歳)	
加害者 (第三者) に関する事項	加害者(運転者)	氏名	後期 花子	生年月日	昭和 △△年△△月△△日(△△歳)
		住所	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 岐阜市□□町□-□		
		職業	会社員	電話	(△△△) 〇〇〇-□□□□
	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	●●海上火災保険	証明書番号	●●●●●●●●●●
任意保険	有・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	