

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		年 月 日	
		住所 (〒 -)	
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 続 柄
	(フリガナ)		
	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
		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
			診療見込期間
転 院 後			診療見込金額
			円