

後期高齢者医療に係る第三者行為による傷病届(交通事故)

被保険者	被保険者番号					フリガナ		生年月日	年 月 日
	電話番号								
事故の状況	発生日時	年 月 日				午前 午後		時 分頃	
	発生場所								
	事故原因及び状況								
診療関係	傷病名及び傷病の程度						初診	年 月 日	
							治癒までの見込	入院 通院 費用	日 日 円
	保険医療機関	住所				名称	電話番号	( ) —	
		住所				名称	電話番号	( ) —	
相手方に関する事項	本人	住所				氏名	生年月日	年 月 日	
		電話番号							
	使用者	住所				名称		代表者	
		電話番号	( ) —						
	自賠責保険	保険会社	名称				電話番号	( ) —	
		保険契約者	住所				氏名		
		保有者	住所				氏名		
		運転者	住所				氏名		
		保険証明書の番号						保険期間	年 月 日 年 月 日
	車種			登録番号			車台番号		
任意保険	保険会社	名称				電話番号	( ) —		
	保険証券の番号					保険期間	年 月 日 年 月 日		
示談等の交渉状況									

被保険者の人身傷害補償保険について	有	契約保険会社名			担当者名		
	無				電話( )	—	

上記のとおり届出します。

年 月 日

被保険者 住所 .....  
氏名 .....

島根県後期高齢者医療広域連合長 様