

第三者の行為による傷病届 (交通事故)

年 月 日

千葉県後期高齢者医療広域連合長

被保険者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

次のとおりお届けします。

被保険者番号							
被保険者 (被害者)	フリガナ			生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏名			職業			
事故の内容	発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃					
	発生場所						
	事故原因と状況						
	警察署への届	届出済・未届	届出所轄署	警察署			
	心身の状況	加害者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()				
被害者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()					
第三者 (加害者) 関係	加害運転者	住所	電話				
		フリガナ氏名	年齢	歳	職業		
	保有者との関係	本人・従業員・親族・その他 ()					
	保有者 所有者 使用者	住所(所在地)	電話				
名称							
代表者							
契約者との関係		本人・譲受人・借受人・その他 ()					