

給付事由が自損行為による場合の届書 兼 同意書

被保険者番号		被保険者氏名	明・大・昭 年 月 日生			
事故発生日時	令和 年 月 日	午前 午後		時	分頃	
事故発生場所						
種別	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> その他 ()					
事故の原因	<input type="checkbox"/> 無免許運転 <input type="checkbox"/> 飲酒運転 <input type="checkbox"/> 居眠り運転 <input type="checkbox"/> 速度超過 <input type="checkbox"/> その他 ()					
同乗者の有無	有 ・ 無					
警察署への届出	有 ・ 無					
事故の状況	※具体的に記入してください					
治療の状況	医療機関名	区分	期間			
		入院・外来	年 月 日	～	年 月 日	
		入院・外来	年 月 日	～	年 月 日	
		入院・外来	年 月 日	～	年 月 日	
現在の状況	治癒 ・ 治療中 ・ 中止 ・ 死亡					
その他						
同意欄	高知県後期高齢者医療広域連合が本件事故に関し、保険給付または損害賠償請求事務に必要があると認める場合、警察、地方公共団体、医療機関、保険会社、他保険者等の各機関に対し、調査、照会を行い回答を得ること。また、必要に応じ各機関へ資料の開示を求め、提供を受けることに同意します。					
上記事項について同意のうえ、届出します。 令和 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 申請者 (記入者) <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%;"></div> 住 所 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%;"></div> 氏 名 印 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%;"></div> 被保険者との続柄 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%;"></div> 電話番号 </div>						
高知県後期高齢者医療広域連合長 様						