

交通事故届出受理証明書

| | | | | | | | | | |
|--|--------|------------------------------------|------------------------|-----|----------|------|------|-------------------|----------|
| 事故発生日時 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 午前 午後 | 時 | 分 | ころ | |
| 事故発生場所 | | | | | | | | | |
| 事故原因 | ----- | | | | | | | | |
| 警察署届出状況 及び理由 | ----- | | | | | | | | |
| 治療を受けた病院等の名称 | | | | | | | | | |
| 第三者に関する事項 | 加害者 | 氏名 | | | | フリガナ | | | 生年 月日 |
| | | 住所 | 〒 _____ TEL (自宅) _____ | | | | | | |
| | 自賠責 | 保険会社名 | | | 証明書番号 | | | | |
| | | (共済) 契約者氏名 | 保険・共済 期間 | 自平成 | 年 | 月 | 日 | 登録番号 (No.プレート) | |
| | | 種別 | 県別 | | | | 車台番号 | | |
| | | 契約者住所 | 〒 _____ TEL _____ | | | | | | |
| 任意保険会社名 (共済) | | | | | | 証券番号 | | | |
| 被害者 | 氏名 | | | | 被保険者番号 | | | 生年 月日 | |
| | 住所 | 〒 _____ TEL _____ | | | | | | | |
| | 事故時の状況 | ・運転 ・歩行 ・同乗(運転者名 _____) ・その他 _____ | | | | | | | |
| (人身事故証明書入手不能理由書の取付不能理由) | | | | | | | | | |
| <p>被保険者 _____ から、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定に基づく被害届を受理し、調査した結果、上記事実を確認したことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: center;">長崎県後期高齢者医療広域連合 連合長</p> | | | | | | | | | |