

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>									