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	☐ 自動車　☐ バイク　☐ 自転車　☐ 歩行 ☐ その他（　　）		
事故の原因	☐ 無免許運転　☐ 飲酒運転　☐ 居眠り運転　☐ 速度超過 ☐ 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

申請者（記入者）

住　所

氏　名　　㊞

被保険者との続柄

電話番号

高知県後期高齢者医療広域連合長　様