

(市・町・組合・広域連合 あて)

| | | |
|---|-----|---|
| 様 | 届出者 | 住所 |
| | | 氏名 ㊞ |
| | | 連絡先 |

第三者行為による傷病等聞取り調書

| | | | |
|------------------|--|---|---------|
| 被保険者証記号・番号 | 国保 ・ 後期高齢 ・ 介護 | ※番号記載 | |
| 被保険者(被害者) | フリガナ | | 生年月日 |
| | 氏名 | | 性別 |
| | 住所 | 〒 | |
| | 届出者との関係 | | 連絡先 TEL |
| 加害者(第三者) | フリガナ | | 生年月日 |
| | 氏名 | | 性別 |
| | 住所 | 〒 | |
| | 連絡先 | TEL | |
| 保険加入状況 (第三者) | 加入の有無 | □あり □なし □不明 | |
| | | 保険株式会社・農協組合 | 契約番号 |
| | 取扱店所在地 | 〒 | |
| | 電話番号 | TEL | 担当者名 |
| 負傷原因 (該当箇所に○) | 1. 自転車 2. 動物等による咬傷等 3. 食中毒 4. ケンカ 5. その他(具体的に: _____) | | |
| 事故発生年月日 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分頃 | | |
| 事故発生場所 | | | |
| 事故発生原因・状況 | (図や文章を用いて、できる限り詳細にご記載ください。) | | |
| 警察署・保健所等への届出 | 届済 ・ 未届 | 届出所轄/機関 | 警察署/保健所 |
| 治療状況 | 診療機関名 | | |
| | 治療開始日～ 治療終了(予定)日 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日 | |