

(市・町・組合・広域連合 あて)

受付 年 月 日

様

届出者 住所

氏名 印

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		職業	
	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		職業	
	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			