

第三者行為による傷病届(交通事故以外の事故・食中毒)						
項 目		内 容				
届出者・届出先	被保険者証記号番号 / 保険者名	被保険者証記号番号		保険者名		
	保険者の住所(届出先)	〒				
	被保険者氏名 ※国民健康保険の場合は世帯主氏名	ふりがな 氏 名				
(被害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名			男性 / 女性	歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係		年 月 日		
	住所 / 電話	〒			TEL ( )	
	備 考					
事故発生	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃				
	事故発生場所					
事故の状況	受傷原因と状況					
(加害者)	店舗等名称					
	住所 / 電話	〒			TEL ( )	
	管理者 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名			男性 / 女性	歳
	住所 / 電話	〒			TEL ( )	
加害者	保険会社名					
	取扱店所在地 / 電話	〒			TEL ( )	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏 名			E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏 名				
	住 所	〒				
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日			契約番号	
保健所への届出の有無		有 / 無	保健所名・担当者名		TEL ( )	
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無	保険会社名・担当者名		TEL ( )	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名		治療開始日 年 月 日 TEL ( )		
	所 在 地	〒			入院の有無	有 / 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名		治療開始日 年 月 日 TEL ( )		
	所 在 地	〒			入院の有無	有 / 無
(注)被害者加入の保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。						