

第三者行為による傷病届(動物)

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) (受診者)	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 昭和・平成・令和 年 月 日
	住所 / 電話 〒 TEL ()
	備 考
受傷の状況	受傷日時 令和 年 月 日 午前 / 午後 時 分頃
	受傷場所
	受傷原因と状況 (どのようにして受傷したか具体的に記入してください。)
	保健所等への届出 届済 (届出先:) ・ 未届 (いずれかに○印)
加害動物に関する事項 (所有者)	氏名 / 性別 / 年齢 ふりがな 氏 名 男性 / 女性 歳
	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
	住所 / 電話 〒 TEL ()
	備 考
個人賠償保険※	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
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

※所有者が賠償保険に加入している場合、ご記入ください。

第三者行為による傷病届(傷害(ケンカ等))

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 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	ふりがな 氏名			
(被害者) (受診者)	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				
受傷の状況	受傷日時	令和 年 月 日 午前 / 午後 時 分頃			
	受傷場所				
	受傷原因と状況 (どのようにして受傷したか具体的に記入してください。)				
	警察署への届出	届済 (警察署) ・ 未届 (いずれかに○印)			
	備考				
加害者に関する事項	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名		男性 / 女性	歳
	生年月日	年 月 日			
	住所 / 電話	〒		TEL ()	
	備考				
個人賠償保険※	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		契約番号	
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

※加害者が賠償保険に加入している場合、ご記入ください。

第三者行為による傷病届(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 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	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		
受傷の状況	受傷日時	令和 年 月 日 午前 / 午後 時 分頃	
	受傷場所		
	受傷原因と状況 (どのようにして受傷したか具体的に記入してください。)		
	保健所への届出	届済 (保健所) ・ 未届 (いずれかに○印)	
	備考		
加害者に関する事項	会社名	ふりがな 会社名	
	住所 / 電話	〒	TEL ()
	担当者名	ふりがな 氏名	
	備考		
賠償保険※	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
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

※加害者が賠償保険に加入している場合、ご記入ください。