

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 島60 ー		保険者名 西郷村	
	保険者の住所(届出先)	〒 961-8501 福島県西白河郡西郷村大字熊倉字折口原40番地			
	被保険者氏名	ふりがな 氏 名			
	※国民健康保険の場合は世帯主氏名				
(受 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。					