

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		<記載例>	
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 — XXXXXXX		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 ひがいしゃ せたいぬしめい 氏 名 被害者 世帯主氏名			
	※国民健康保険の場合は世帯主氏名				
(被害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな ひがいしゃしめい 氏 名 被害者氏名		男性	女性 XX 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 子		〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	住所 / 電話	〒 XXX-XXXX 西郷村〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		TEL XXXX (XX) XXXX	
	備 考				
事故発生	事故発生日時	〇〇年 〇〇月 〇〇日 午前 / 午後 〇〇時 〇〇分頃			
	事故発生場所	事故発生場所の住所			
事故の状況	受傷原因と状況	下記の店舗にて食事をした翌日、吐き気と腹痛の症状が表れた。			
		病院で、店舗で食べたきのこを原因とする食中毒と診断された。			
(加害者)	店舗等名称	店舗名称			
	住所 / 電話	〒 XXX-XXXX 店舗住所		TEL XXXX (XX) XXXX	
	管理者 / 性別 / 年齢	ふりがな てんぽかんりしゃしめい 氏 名 店舗管理者氏名		男性	女性 XX 歳
	住所 / 電話	〒 XXX-XXXX 店舗管理者住所		TEL XXXX (XX) XXXX	
加害者	保険会社名	加害者保険会社名			
	取扱店所在地 / 電話	〒 XXX-XXXX 加害者任意保険会社住所		TEL XXXX (XX) XXXX	
	担当者名 / E-mail	ふりがな かがいしゃほけんががいしゃたんとうしゃしめい 氏 名 加害者保険会社担当者氏名		E-mail XXX@XXX.XXX.XXX	
	保険契約者名	ふりがな かがいしゃほけんけいやくしゃしめい 氏 名 加害者保険契約者氏名			
	住 所	〒 XXX-XXXX 加害者保険契約者住所			
	保険期間 / 契約番号	保険期間 〇〇年 〇月 〇日 ~ 〇〇年 〇月 〇日		契約番号 XXXXXXXXXX	
保健所への届出の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	保健所名・担当者名 届出保健所名・担当者氏名		TEL XXXX (XX) XXXX
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	保険会社名・担当者名 被害者保険会社名・担当者氏名		TEL XXXX (XX) XXXX
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 診療機関名称		治療開始日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 TEL XXXX (XX) XXXX	
	所 在 地	〒 XXX-XXXX 診療機関住所		入院の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 診療機関名称		治療開始日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 TEL XXXX (XX) XXXX	
	所 在 地	〒 XXX-XXXX 診療機関住所		入院の有無 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 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。