

第三者の行為による傷病届 (交通事故以外)

年 月 日

様

世帯主 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

次のとおりお届けします。

被保険者番号								
被 保 險 者 (被 害 者)	フリガナ				生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏名				職業			
事 故 の 内 容	発 生 日 時	年 月 日			午前・午後	時	分頃	
	発 生 場 所							
	事故原因と状況							
	警察署等への届	届出済・未届	届出所轄署・保健所	警察署・保健所				
	事 故 の 区 分	けんか・ペットの噛みつき・食中毒・施設での事故 その他 ()						
第 三 者 (加 害 者)	加 害 者	住 所						
			電話					
		フリガナ 氏 名	年齢	歳	職業			
	責任者との関係	本人・従業員・親族・その他 ()						
関 係 (加 害 者)	監督責任者	住 所 (所在地)						
			電話					
		名 称						
	所有者 使用者	代 表 者						
	加害者との関係	使用者・所有者・占有者・監督者・保護者・その他 ()						