

## 第三者の行為による傷病届 (交通事故以外)

年 月 日

様

被保険者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

電話 \_\_\_\_\_

次のとおりお届けします。

被保険者番号							
被 保 険 者 (被 害 者)	フリガナ			生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	氏名			性 別	男・女	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 ) 関 係	加 害 者	住 所					
		電話					
	フリガナ 氏 名		性別	男・女	年齢	歳	職業
	責任者との関係	本人・従業員・親族・その他 ( )					
監 督 責 任 者 所 有 者 使 用 者	住 所 (所 在 地)						
	電 話						
	名 称						
	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 ( )					

※原則、警察・保健所等公的機関に届出をしてください。

## 第三者の行為による傷病届 (交通事故以外)

第三者(加害者)の賠償責任 保険・共済関係		保険会社等の名称	加入の有無	有・無
		保 險 期 間	年 月 日	電 話
			年 月 日	担 当
		契 約 者 名		証 券 号 番 号
サ ー ビ ス 関 係	介 護 給 付 の 開 始 日	介護サービスを 年 月 日から利用している		
	介護サービス事業所 所在地・名称			
	介護サービスの期間 (見込期間)	年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで
示 談	示談が成立した( 年 月 日)・交渉中・示談はしない 示談をする予定( 月ごろ)・裁判の見込			
損 害 賠 償 金 を 受 領 し た 場 合	名 目	金 額 又 は 品 名	受 領 年 月 日	

注1. 次の書類を添付してください。

- 念書1部
- 誓約書1部
- 事故発生状況報告書(交通事故以外)1部
- 被害届受理番号自認書又は、咬傷届出書等の写し(必要に応じて事故を証明する書類)1部
- 示談書の写し(示談書が作成されている場合のみ。)1部

2. この届書の内容で提出のときに分からないこと(第三者関係など)があれば、空白のまま提出し、判明次第連絡してください。
3. 添付書類についても、すぐそろわないものはあとで提出してください。
4. くわしいことは、下記へおたずねください。

連 絡 先	課 係	担当者 ( ) 電 話 ( )
-------	-----	--------------------