

## 第三者の行為による傷病届 (交通事故以外)

年 月 日

鋸南町長 あて

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 険 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 険 期 間	年 月 日	電 話	
		年 月 日	担 当	
	契 約 者 名		証 券 番 号	
治 療 関 係	保 険 給 付 の 日 開 始 日	国 保による診療 年 月 日からしている		
	医 療 機 関 の 所 在 地 ・ 名 称			
	診 療 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	鋸南町役場 税務住民課 国保担当 <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">電 話 (0470-55-2112)</div>
-------	---