

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6・	保険者名 会津若松市国民健康保険		
	保険者の住所(届出先)	〒			
	被保険者氏名 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	ふりがな 氏名			
(被害者) 被 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				
(第三者) 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