

第三者行為による傷病届(動物)

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		保険者名	
	保険者の住所(届出先)	〒			
	被保険者氏名 ※国民健康保険の場合は世帯主氏名	ふりがな 氏 名		印	
(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				
受傷の状況	受傷日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃			
	受傷場所				
	受傷原因と状況 (どのようにして受傷したか具体的に記入してください。)				
	保健所等への届出	届済 (届出先:) ・ 未届 (いずれかに○印)			
加害動物に関する事項 (所有者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名		男性 / 女性	歳
	生年月日	年 月 日			
	住所 / 電話	〒		TEL ()	
	備考				
個人賠償保険※	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
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	

※所有者が賠償保険に加入している場合、ご記入ください。

第三者行為による傷病届(傷害(ケンカ等))

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		保険者名	
	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		印	
(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				
受傷の状況	受傷日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃			
	受傷場所				
	受傷原因と状況 (どのようにして受傷したか具体的に記入してください。)				
	警察署への届出	届済 (警察署) ・ 未届 (いずれかに○印)			
加害者に関する事項	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名		男性 / 女性	歳
	生年月日	年 月 日			
	住所 / 電話	〒		TEL ()	
	備考				
個人賠償保険※	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
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	

※加害者が賠償保険に加入している場合、ご記入ください。

第三者行為による傷病届(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		保険者名	
	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 印			
(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				
受傷の状況	受傷日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃			
	受傷場所				
	受傷原因と状況 (どのようにして受傷したか具体的に記入してください。)				
	保健所への届出	届済 (保健所) ・ 未届 (いずれかに○印)			
	加害者に関する事項	会社名	ふりがな 会社名		
住所 / 電話		〒		TEL ()	
担当者名		ふりがな 氏 名			
備考					
賠償保険※	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
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

※加害者が賠償保険に加入している場合、ご記入ください。

第三者行為による傷病届(動物)

記載例

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 〇〇〇-〇〇	保険者名 〇〇市	
	保険者の住所(届出先) 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県〇〇市△△町 ※保険者の住所		
	被保険者氏名 ※国民健康保険の場合は世帯主氏名 ふりがな 氏名 福井 太郎 印	ふくい たろう	
(被 害 者)	氏名 / 性別 / 年齢 ふりがな 氏名 福井 太郎	ふくい たろう 男性 / 女性 <input checked="" type="checkbox"/> 歳	
	続柄 / 生年月日 届出者との関係 本人	昭和 〇〇 年 △ 月 □ 日	
	住所 / 電話 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県□□市〇〇町 ※被害者の住所	TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇	
	備考		
受 傷 の 状 況	受傷日時 平成〇〇 年 〇 月 〇 日	午前 / 午後 10時 00分頃	
	受傷場所 福井県□□市〇〇町□丁目公園 付近		
	受傷原因と状況 (どのようにして受傷したか 具体的に記入してください。)	福井県□□市〇〇町□丁目公園の横の道を歩いてきたとき、リードが外れた 大型犬に足を咬まれた。 ※できるだけ詳細に記載	
	保健所等への届出	<input checked="" type="checkbox"/> (届済 (届出先: 〇〇警察署)) ・ 未届 (いずれかに〇印)	
加 害 動 物 に 関 す る 事 項 (所有者)	氏名 / 性別 / 年齢 ふりがな 氏名 国保 花子	こくほ はなこ 男性 / 女性 <input checked="" type="checkbox"/> 歳	
	生年月日	昭和 〇〇 年 △ 月 □ 日	
	住所 / 電話 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県□□市〇〇町 ※加害者の住所	TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇	
	備考		
個 人 賠 償 保 険 ※	保険会社名	□□損害保険(株)	
	取扱店所在地 / 電話 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県□□市〇〇町 ※保険取扱店の住所	TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇	
	担当者名 / E-mail ふりがな 氏名 国保 次郎	こくほ じろう E-mail 〇〇〇〇@kokuho.nn.jp	
	保険契約者名 ふりがな 氏名 国保 花子	こくほ はなこ	
	住 所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県□□市〇〇町 ※加害者の住所		
	保険期間 / 契約番号 保険期間 平成〇〇年 〇 月 〇 日 ~ 平成〇〇年 〇 月 〇 日	契約番号 12345678ABC	
治 療 状 況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話 〇〇病院	診療機関名 〇〇病院	治療開始日 平成〇〇年 〇 月 〇 日 TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇
	所 在 地 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県□□市〇〇町	入院の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 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	

※所有者が賠償保険に加入している場合、ご記入ください。

第三者行為による傷病届(傷害(ケンカ等))

記載例

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 〇〇〇-〇〇	保険者名 〇〇市		
	保険者の住所(届出先) 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県〇〇市△△町 ※保険者の住所			
	被保険者氏名 ※国民健康保険の場合は世帯主氏名 ふりがな 氏名	ふくい たろう 福井 太郎	印	
(被害者) 受診者	氏名 / 性別 / 年齢 ふりがな 氏名	ふくい たろう 福井 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男性 / 女性 <input type="checkbox"/> 歳	
	続柄 / 生年月日 届出者との関係	本人	昭和 〇〇 年 △ 月 □ 日	
	住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県□□市〇〇町 ※被害者の住所	TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇	
	備考			
受傷の状況	受傷日時	平成〇〇 年 〇 月 〇 日	<input checked="" type="radio"/> 午前 / 午後 10時 00分頃	
	受傷場所	福井県□□市〇〇町□丁目バス停 付近		
	受傷原因と状況 (どのようにして受傷したか 具体的に記入してください。)	福井県□□市〇〇町□丁目バス停付近で酔った加害者と口論になり、押し倒さ		
		頭部を強打、病院に搬送された。 ※できるだけ詳細に記載		
	警察署への届出	<input checked="" type="radio"/> 届済 (届出先: 〇〇警察署) ・ 未届 (いずれかに〇印)		
加害者に関する事項	氏名 / 性別 / 年齢 ふりがな 氏名	こくほ はなこ 国保 花子	<input type="radio"/> 男性 / 女性 <input checked="" type="radio"/> 歳	
	生年月日	昭和 〇〇 年 △ 月 □ 日		
	住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県□□市〇〇町 ※加害者の住所	TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇	
	備考	※加害者が不明な場合は「不明」と記入		
個人賠償保険※	保険会社名	□□損害保険(株)		
	取扱店所在地 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県□□市〇〇町 ※保険取扱店の住所	TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名	こくほ じろう 国保 次郎	E-mail 〇〇〇〇@kokuho.nn.jp
	保険契約者名	ふりがな 氏名	こくほ はなこ 国保 花子	
	住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県□□市〇〇町 ※加害者の住所		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 平成〇〇年 〇 月 〇 日 ~ 平成〇〇年 〇 月 〇 日	契約番号 12345678ABC	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇病院	治療開始日 平成〇〇年 〇 月 〇 日 TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇	
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県□□市〇〇町	入院の有無 <input checked="" type="radio"/> 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	

※加害者が賠償保険に加入している場合、ご記入ください。

第三者行為による傷病届(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 〇〇〇-〇〇	保険者名 〇〇市	
	保険者の住所(届出先)	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県〇〇市△△町 ※保険者の住所		
	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	ふくい たろう 福井 太郎	印
(被害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名	ふくい たろう 福井 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男性 / 女性 <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 本人	昭和 〇〇 年 △ 月 □ 日	
	住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県〇〇市〇〇町 ※被害者の住所	TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇	
	備考			
受傷の状況	受傷日時	平成〇〇 年 〇 月 〇 日	<input checked="" type="radio"/> 午前 / 午後 <input type="radio"/> 10時 00分頃	
	受傷場所	福井県〇〇市〇〇町〇丁目 居酒屋△△		
	受傷原因と状況 (どのようにして受傷したか具体的に記入してください。)	福井県〇〇市〇〇町〇丁目 居酒屋△△において、提供された生魚を食べたと 腹痛、吐き気に襲われた。 ※できるだけ詳細に記載		
	保健所への届出	<input checked="" type="radio"/> 届済 (届出先: 〇〇保健所) ・ 未届 (いずれかに〇印)		
加害者に関する事項	会社名	ふりがな 氏名	いざかや △△ 居酒屋△△	
	住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県〇〇市〇〇町〇丁目	TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇	
	担当者名	ふりがな 氏名	こくほ はなこ 国保 花子	
	備考			
賠償保険※	保険会社名	〇〇損害保険(株)		
	取扱店所在地 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県〇〇市〇〇町 ※保険取扱店の住所	TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名	こくほ じろう 国保 次郎	E-mail 〇〇〇〇@kokuho.nn.jp
	保険契約者名	ふりがな 氏名	こくほ はなこ 国保 花子	
	住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県〇〇市〇〇町 ※加害者の住所		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 平成〇〇年 〇 月 〇 日 ~ 平成〇〇年 〇 月 〇 日	契約番号 12345678ABC	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇病院	治療開始日 平成〇〇年 〇 月 〇 日	TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県〇〇市〇〇町	入院の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無 <input type="radio"/>
	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

※加害者が賠償保険に加入している場合、ご記入ください。