

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70・	保険者名 浅川町
	保険者の住所(届出先)	〒963-6292 福島県石川郡浅川町大字浅川字背戸谷地112番地の15	
	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)	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)	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。