

第三者行為による傷病届（動物）

項 目		内 容			
（被 保 険 者 名 等） 届 出 者	被保険者記号・番号 / 保険者名		被保険者記号・番号		
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>		ふりがな 氏名		
	氏名 / 生年月日	生年月日 年 月 日	TEL ()		
住所 / 電話		〒	TEL ()		
（被 害 者） （受 診 者）	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名	届出者との関係 生年月日 年 月 日		
	住所 / 電話	〒	TEL ()		
届出者の 情報と同じ場合は チェック <input type="checkbox"/>		TEL ()			
		TEL ()			
（第 三 者） 加 害 者	氏 名	ふりがな 氏名	TEL ()		
	住所 / 電話	〒	TEL ()		
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	年 月 日	午前 / 午後 時 分頃		
	事故発生場所				
個 人 賠 償 保 険 （ 加 害 者）	保険会社名 / 担当部署	保険会社名	担当部署		
	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 第 号		
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 <small>※治療終了日（見込）については可能な範囲でご記入ください。</small>	① 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日 年 月 日	治療終了（見込） 年 月 日
		〒		TEL ()	
		② 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日 年 月 日	治療終了（見込） 年 月 日
	〒		TEL ()		
	③ 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日 年 月 日	治療終了（見込） 年 月 日	
	〒		TEL ()		
	傷病届作成日 / 作成支援の有無		年 月 日	本届出書を損害保険会社等（業務委託先を含む）の支援を受けて作成した場合はチェック <input type="checkbox"/>	

※ 次の書類を添付してください。

○念書、誓約書 各1通づつ

※ この届出書の記載内容でわからないことがあれば、空白のまま提出し、おって判明次第連絡してください。

※ 添付書類について、すぐにそろわないものは後日提出してください。

※ 示談をしている場合には、示談書写しを提出してください。