

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 〇〇・〇〇〇〇〇	保険者名 〇〇市	
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	ふりがな おつやま りょうた 氏名 乙山 良太	生年月日 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇町〇〇番地	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	
（受診者） 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな おつやま りょうた 氏名 乙山 良太	届出者との関係 本人 生年月日 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇町〇〇番地	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	
（第三者） 加害者	氏名	ふりがな こうの たろう 氏名 甲野 太郎	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	
	住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇町〇〇番地〇〇〇〇アパート〇〇〇〇号室	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	
状況発生	事故発生日時	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 午前/午後 〇〇時 〇〇分頃		
	事故発生場所	〇〇市〇町〇〇番地先路上		
個人賠償保険（加害者）	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 〇〇損害保険	担当部署 〇〇サービスセンター	
	取扱店所在地 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇町〇〇番地〇〇ビル	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 〇〇〇〇 〇〇〇〇 氏名 〇〇 〇〇	E-mail 〇〇〇@〇〇〇.jp	
	保険契約者名	ふりがな こうの たろう 氏名 甲野 太郎		
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇町〇〇番地		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	契約番号 第 〇〇〇〇〇 号	
治療状況	① 診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※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。	① 診療機関名 〇〇病院	入院 有/無 有	治療開始日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 治療終了（見込） 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇町〇〇番地	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	
		② 診療機関名 〇〇整形外科	入院 有/無 無	治療開始日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 治療終了（見込） 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇町〇〇番地	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
	③ 診療機関名 〇〇薬局	入院 有/無 無	治療開始日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 治療終了（見込） 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇町〇〇番地	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
	傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	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 checked="" 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。