

### 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)	
	備考		
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 ※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。)		
	警察署への届出	届済 ( 警察署 ) ・ 未届 (いずれかに○印)	
	備考		
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 ※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		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	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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 午前 / 午後 10時 00分頃
	受傷場所	福井県〇〇市〇〇町〇丁目公園 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。)	福井県〇〇市〇〇町〇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	氏名 / 性別 / 年齢 ふりがな 氏名	こくほ はなこ 国保 花子 男性 / <input checked="" type="checkbox"/> 女性 <input 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 福井県〇〇市〇〇町 ※加害者の住所
	備考	
個人賠償保険※	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
	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 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
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
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県〇〇市〇〇町
	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
	所在地	〒

※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 保険者名 氏名 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="checkbox"/> 男性 / <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 午前 / 午後 10時 00分頃
	受傷場所	福井県〇〇市〇〇町〇丁目バス停 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。)	福井県〇〇市〇〇町〇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="checkbox"/> 届済 (届出先: 〇〇警察署 ) ・ <input type="checkbox"/> 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	男性 / <input checked="" type="checkbox"/> 女性 <input 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 福井県〇〇市〇〇町 ※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	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="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 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)

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 保険者名 氏名 福井 太郎 印		
(被害者)	氏名 / 性別 / 年齢 ふりがな 保険者名 氏名 福井 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 午前 / 午後 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="checkbox"/> 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 いざかや △△ 氏名 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 こくほ はなこ 氏名 国保 花子		
	備考		
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 こくほ じろう 氏名 国保 次郎	E-mail 〇〇〇〇@kokuho.nn.jp	
	保険契約者名 ふりがな こくほ はなこ 氏名 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="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 <input type="checkbox"/> 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。