

### 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 鱒国	保険者名 鱒ヶ沢町	
	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		
(被害者) 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) 青森県動物の愛護及び管理に関する条例第十条に基づく届出が有る場合、届出書の写しを添付してください。		
加害動物(所有者)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

※所有者が賠償保険に加入している場合、ご記入ください。