

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 鯨国		保険者名 鯨ヶ沢町	
	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			
(受診者) 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。)				
	保健所への届出	届済 (届出先:) ・ 未届 (いずれかに○印)			
加害者に関する事項	店舗等名称				
	住所 / 電話	〒		TEL ()	
	管理者 / 年齢	ふりがな 氏名			歳
	住所 / 電話	〒		TEL ()	
	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。