

受付 年 月 日

全国歯科医師国民健康保険組合 様

届出者 住所 ××県××市××町1-2-3

氏名 国保 花代 ㊞

連絡先 111(222)5555

第三者行為による傷病等聞取り調書

被保険者証記号・番号	国保 ・ 後期高齢 ・ 介護		※番号記載 全歯 ー			
被保険者名(被害者名)	フリガナ	コクホ ハナヨ	生年月日	年 月 日		
	氏名	国保 花代	性別	男/女 職業		
負傷原因 (該当箇所に○)	1 交通事故(自損事故は含まない) 2 交通事故以外 (1) 動物による咬傷等 (2) 食中毒 (3) ケンカ (4) その他(具体的に: )					
	※出来る限り詳細に聴取して下さい。 【例】・動物への注意書き等の有無 ・動物への接し方 ・飼い主の状態 ・目撃者等の情報 等々					
事故発生年月日	令和 × 年 ○ 月 ○○ 日 午前・午後 ○ 時 ○ 分					
事故発生場所	××県××市××町×丁目公園付近					
事故発生原因・状況	(例) ××県××市××町×丁目公園の横の道を歩いていた時、リードが外れた大型犬に足を咬まれた。					
警察署・保健所等への届出	届済 ・ 未届	届出所轄/機関	○○ 警察署/保健所			
加害者(第三者)	住所	△△市□□町○丁目○		電話番号	000(333)1111	
	氏名	相手 次郎 (○年○月○日生)	性別	男/女	職業	会社員
		車両番号		所有者氏名	相手 一郎	
	保険加入状況	自賠責保険		保険株式会社・農協組合		
		任意保険 (個別賠償含む)		証明書番号	ワンニャン 保険株式会社 農協組合	
			証明書番号	111 - 222		

※ペット保険や損害保険特約の加入状況についての確認が重要です。

※可能であれば受診医療機関等の情報について記入して下さい。