

第三者行為による傷病届 (動物)

| | | | | | | | |
|-----------------------|--|------------|--------------------|---|-----------------|---------|-------|
| 被保険者等 | フリガナ | | 生年月日 | | 年 月 日生()歳 | | |
| | 氏 名 | | 性 別 | | 男・女 | 世帯主との続柄 | |
| | 住 所 | | 電 話 番 号 | | () — | | |
| | 被 保 険 者 証 号・番 号 | | 備 考 | | | | |
| | 傷 病 名 及 び 傷 病 の 程 度 | | 治 療 の 見 込 | | 入院 日 通院 日 | 費用 円 | |
| | 保 険 医 療 機 関 等 名 | | 治 療 等 期 間 | | 終了 年 月 日 | | |
| | | | | | ～ | | |
| 加害動物に関する事項 | フリガナ | | 生年月日 | | 年 月 日生()歳 | | |
| | 動物の占有者 | | 性 別 | | 男・女 | 職 業 | |
| | 住 所 | | 電 話 番 号 | | () — | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | | 年 月 日生()歳 | | |
| | 動物の所有者 | | 性 別 | | 男・女 | 職 業 | |
| | 住 所 | | 電 話 番 号 | | () — | | |
| | 加 害 動 物 の 占 有 者 と の 関 係 | | | | | | |
| | 個人賠償保険 | 保険有無証書番号 | 有/無 | 第 | 号 | 電 話 番 号 | () — |
| | | 保 險 會 社 名 | | | 担 当 者 | | |
| | | 支店サービスセンター | | | | | |
| 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下さい) | | | | | | |
| | 警 察 へ の 届 出 | | 届 済 | | / 未 届 (いずれかに○印) | | |
| 上記のとおりお届けします。 | | | | | | | |
| _____年 _____月 _____日 | | | 住所 _____ | | | | |
| | | | 電話 (_____) _____ | | | | |
| _____ 塩 尻 市 _____ 長 様 | | | 氏名 _____ ⑧ | | | | |

※介護保険・後期高齢者医療は「被保険者氏名」を記載

- ※ 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、おつ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。