

第三者の行為による傷病届 (交通事故以外)

年 月 日

千葉県後期高齢者医療広域連合長

被保険者 住所 _____
 氏名 _____
 電話 _____

次のとおりお届けします。

被保険者番号							
被保険者 (被害者)	フリガナ				生年月日	年 月 日 (歳)	
	氏名				職業		
事故の内容	発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃					
	発生場所						
	事故原因と状況						
	警察署等への届	届出済・未届	届出所轄署・保健所	警察署・保健所			
	事故の区分	けんか・ペットの噛みつき・食中毒・施設での事故 その他 ()					
第三者 (加害者) 関係	加害者	住所	電話				
		フリガナ氏名	年齢	歳	職業		
		責任者との関係	本人・従業員・親族・その他 ()				
	監督責任者 所有者 使用者	住所 (所在地)	電話				
名称							
代表者							
加害者との関係		使用者・所有者・占有者・監督者・保護者・その他 ()					