

## 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	保険者名	
	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	印	
(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。)			
	保健所への届出	届済 ( 保健所 ) ・ 未届 (いずれかに○印)		
加害者に関する事項	会社名	ふりがな 会社名		
	住所 / 電話	〒	TEL ( )	
	担当者名	ふりがな 氏 名		
	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 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	

※加害者が賠償保険に加入している場合、ご記入ください。

# 第三者行為による傷病届(食中毒)

記載例

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 〇〇〇-〇〇	保険者名 〇〇市	
	保険者の住所(届出先) 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県〇〇市△△町 ※保険者の住所		
	被保険者氏名 ※国民健康保険の場合は世帯主氏名 ふりがな 氏名	ふくい たろう 福井 太郎	印
(被害者) 被害者	氏名 / 性別 / 年齢 ふりがな 氏名	ふくい たろう 福井 太郎	(男性) / 女性 <input type="checkbox"/> 歳
	続柄 / 生年月日 届出者との関係	本人	昭和 〇〇 年 △ 月 □ 日
	住所 / 電話 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県〇〇市〇〇町 ※被害者の住所		TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇
	備考		
受傷の状況	受傷日時	令和〇〇 年 〇 月 〇 日 (午前) / 午後 10時 00分頃	
	受傷場所	福井県〇〇市〇〇町〇丁目 居酒屋△△	
	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。)	福井県〇〇市〇〇町〇丁目 居酒屋△△において、提供された生魚を食べたところ、腹痛、吐き気に襲われた。 ※できるだけ詳細に記載	
	保健所への届出	(届済) (届出先: 〇〇保健所) ・ 未届 (いずれかに〇印)	
	備考		
加害者に関する事項	会社名 ふりがな 氏名	いざかや △△ 居酒屋△△	
	住所 / 電話 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県〇〇市〇〇町〇丁目	TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇	
	担当者名 ふりがな 氏名	こくほ はなこ 国保 花子	
	備考		
賠償保険※	保険会社名	〇〇損害保険(株)	
	取扱店所在地 / 電話 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県〇〇市〇〇町 ※保険取扱店の住所	TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇	
	担当者名 / E-mail ふりがな 氏名	こくほ じろう 国保 次郎 E-mail 〇〇〇〇@kokuho.nn.jp	
	保険契約者名 ふりがな 氏名	こくほ はなこ 国保 花子	
	住 所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県〇〇市〇〇町 ※加害者の住所		
	保険期間 / 契約番号 保険期間 令和〇〇年 〇 月 〇 日 ~ 令和〇〇年 〇 月 〇 日	契約番号 12345678ABC	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話 診療機関名 〇〇病院	治療開始日 令和〇〇年 〇 月 〇 日 TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇	
	所在地 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県〇〇市〇〇町	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。