

## 第三者行為による傷病届(動物)

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 ※国民健康保険の場合は世帯主氏名	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。)			
	保健所等への届出	届済 (届出先: ) ・ 未届 (いずれかに○印)		
加 害 動 物 に 関 す る 事 項 (所有者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名	男性 / 女性	歳
	生年月日	年 月 日		
	住所 / 電話	〒	TEL ( )	
	備 考			
個 人 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	

※所有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(動物)

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	<input checked="" type="radio"/> 男性 / 女性 <input type="radio"/> 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	平成〇〇 年 〇 月 〇 日	<input checked="" type="radio"/> 午前 / 午後 <input type="radio"/> 10時 00分頃
	受傷場所	福井県〇〇市〇〇町〇丁目公園 付近	
	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公園の横の道を歩いてきたとき、リードが外れた	
		大型犬に足を咬まれた。 ※できるだけ詳細に記載	
	保健所等への届出	<input checked="" type="radio"/> 届済 (届出先: 〇〇警察署 ) ・ 未届 (いずれかに〇印)	
加害動物に関する事項 (所有者)	氏名 / 性別 / 年齢 ふりがな 氏名	こくほ はなこ 国保 花子	<input type="radio"/> 男性 / 女性 <input checked="" type="radio"/> 歳
	生年月日	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 ※加害者の住所	TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇	
	備 考		
個人賠償保険※	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 令和〇〇年 〇 月 〇 日 ~ 平成〇〇年 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 〇〇病院	治療開始日 平成〇〇年 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 <input checked="" type="radio"/> 有 / 無	
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	治療開始日 年 月 日	TEL ( )
	所在地 〒	入院の有無 <input type="radio"/> 有 / 無	

※所有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(動物)

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)	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 checked="" 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	平成〇〇 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公園 付近		
	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公園の横の道を歩いてきたとき、リードが外れた		
		大型犬に足を咬まれた。 ※できるだけ詳細に記載		
	保健所等への届出	<input checked="" type="checkbox"/> 届済 (届出先: 〇〇警察署) ・ 未届 (いずれかに〇印)		
加害動物に関する事項 (所有者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名	こくほ はなこ 国保 花子	男性 / 女性 <input checked="" type="checkbox"/> 歳
	生年月日	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 ※加害者の住所	TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇	
	備考			
個人賠償保険※	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	

※所有者が賠償保険に加入している場合、ご記入ください。