

## 第三者の行為による傷病届 (交通事故以外)

平成31年 ●月 ●日

佐倉市長 様

世帯主 住所 佐倉市海隣寺町●●番地

氏名 佐倉 太郎 印

電話 000-000-0000

次のとおりお届けします。

被保険者番号		倉 000000-0						
被保険者 (被害者)	フリガナ	カガナ		生年月日	昭和 ●●年 ●月 ●日 (●●歳)			
	氏名	佐倉 花子		性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	職業	●●	
事故の内容	発生日時	平成31年 ●月 ●日 午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 ●時 ●分頃						
	発生場所	●●市●丁目●番●号						
	事故原因と状況	施設内にて、被害者を抱えていたスタッフが足を滑らせ、被害者を床に落下させてしまい負傷に至った。						
	※警察署への届	届出済・ <input checked="" type="checkbox"/> 未届	届出所轄署・保健所	警察署・保健所				
事故の区分	事故の区分	けんか・ペットの噛みつき・食中毒・ <input checked="" type="checkbox"/> 施設での事故						
		その他 ( )						
第三者(加害者)関係	加害者	住所	●●市●丁目●番地●					
		フリガナ氏名	千葉 三郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女	年齢	●●歳	職業
	責任者との関係	本人・ <input checked="" type="checkbox"/> 従業員・親族・その他 ( )						
	監督責任者	住所(所在地)	●●市●丁目●番●号					
名称		●●●●園						
所有者		代表者	施設長 印旛 五郎					
	加害者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 使用者・所有者・占有者・監督者・保護者・その他 ( )						

※原則、警察・保健所等公的機関に届出をしてください。

## 第三者の行為による傷病届 (交通事故以外)

第三者(加害者)の賠償責任 保険・共済関係	保険会社等の名称	●●損害保険(株)	加入の有無	☑・無
	保 険 期 間	平成●年●月●日 ～ 年 月 日	電 話	000-000 -000
			担 当	下 総 次 郎
契 約 者 名	●●●●園	証 券 番 号	000000	
治 療 関 係	保 険 給 付 の 開 始 日	国 保による診療平成31年 ●月 ●日からしている		
	医 療 機 関 の 所 在 地 ・ 名 称	●●市●● ●●総合病院	●●市●● ●●整骨院	
	診 療 の 期 間 ( 見 込 期 間 )	平成31年●月●日より 年 月 日まで	平成31年●月●日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで
示 談	示談が成立した( 年 月 日)・交渉中・示談はしない 示談をする予定( 月ごろ)・裁判の見込			
損 害 賠 償 金 を 受 領 し た 場 合	名 目	金 額 又 は 品 名	受 領 年 月 日	

注1. 次の書類を添付してください。

- 念書 1部
- 誓約書 1部
- 事故発生状況報告書(交通事故以外) 1部
- 被害届受理番号自認書又は、咬傷届出書等の写し(必要に応じて事故を証明する書類) 1部
- 示談書の写し(示談書が作成されている場合のみ。) 1部

2. この届書の内容で提出のときに分からないこと(第三者関係など)があれば、  
空白のまま提出し、判明次第連絡してください。

3. 添付書類についても、すぐそろわないものはあとで提出してください。

4. くわしいことは、下記へおたずねください。

連 絡 先	課 係	担当者 ( ) 電 話 ( )
-------	-----	--------------------