

## 第三者の行為による傷病届 (交通事故以外)

年 月 日

銚子市長 様

世帯主 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_

次のとおりお届けします。

被保険者番号		銚			
被 保 険 者 ( 被 害 者 )	フリガナ		生年月日	昭平令	年 月 日 ( 歳)
	氏 名		職 業		
事 故 の 内 容	発 生 日 時	年 月 日 午前・後 時 分頃			
	発 生 場 所				
	事 故 原 因 と 状 況				
	※ 警 察 署 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	年齢	歳	職業
		氏 名			
		責任者との関係	本人・従業員・親族・その他 ( )		
	監 督 責 任 者 所 使 有 者 主	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 ( )		

※ 原則、警察・保健所等公的機関に届出をしてください。

