

第三者行為による被害届（動物）

受 傷 の 状 況	受傷日時	平成 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下さい)							
	警察署への届出	届済 ・ 未届 (いずれかに○印)							
被 害 者	被保険者番号								
	フリガナ				性別	男 女	生年	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	氏名				住所	〒		電話(自宅)	
	住所	〒			連絡先(勤務先)			電話(連絡先)	
	連絡先(勤務先)				住所	〒		電話(自宅)	
加 害 動 物 に 関 す る 事 項	フリガナ				性別	男 女	生年	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	氏名				住所	〒		電話(自宅)	
	住所	〒			連絡先(勤務先)			電話(連絡先)	
	連絡先(勤務先)				住所	〒		電話(自宅)	
	住所	〒			連絡先(勤務先)			電話(連絡先)	
	加害動物の占有者との関係								
治療を受けた医療機関 (当初)	医療機関名								
	診療期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日							
治療を受けた医療機関	医療機関名								
	診療期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日							
示談の状況	有 無								
高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定により、上記のとおりお届けします。 平成 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> 住所 被保険者 氏名 電話番号 </div> <div style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; text-align: center;"> ④ </div> </div> 長崎県後期高齢者医療広域連合長 様 注 1 提出時まで不明な点は、そのままにして提出し、後日判明した時点で連絡してください。 2 事故証明書があれば、その原本を添付してください。									