

第三者行為による被害届（動物）

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 月 日	明治 大正 昭和 年 月 日		
	氏 名							月 日			
	住 所	〒				電 話 (自 宅)					
	連絡先 (勤務先)					電 話 (連絡先)					
加 害 動 物 に 関 す る 事 項	動物の占有者	フリガナ					性 別	男 女	生 年 月 日	明治 大正 昭和 年 月 日	
		氏 名							月 日		
		住 所	〒				電 話 (自 宅)				
	動物の所有者	連絡先 (勤務先)					電 話 (連絡先)				
		氏 名					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 年 月 日 至 年 月 日									
治療を受けた医療機関	医 療 機 関 名										
	診 療 期 間	自 年 月 日 至 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。 年 月 日 住所 被保険者 氏 名 ㊞ 電話番号 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。											