

第三者行為による届出書（施設）

事故の状況	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)							
	関係機関への届出	届済・未届	届出先			届出年月日	年 月 日		
被害者	被保険者証の番号								
	フリガナ				男	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		
	氏名				女				
	住所								
	電話(自宅)			電話(携帯)					
加害者に関する事項	店舗等名称								
	住所								
	管理者			性別	男・女	年齢	歳		
	加害者			電話					
	加害者との関係	本人・従業員・その他()							
	施設賠償責任保険	保険有無/証券番号	有 / 無		第		号		
		保険会社名							
		担当者							
		電話							
	【備考】								
診療した医療機関	医療機関名								
	治療期間	自	年	月	日	至	年	月	日
診療した医療機関	医療機関名								
	治療期間	自	年	月	日	至	年	月	日
示談の状況	有 / 無								
<p>国民健康保険法施行規則第 32 条の 6 又は高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 46 条、介護保険法施行規則第 33 条の 2 の規定により上記のとおりお届けします。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名 _____ 印</p> <p>電話番号 _____</p> <p>秋田県後期高齢者医療広域連合 広域連合長 _____ 様</p>									