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 |  | | | | | | | | 生年月日 | | | 大正・昭和・平成・令和  　　年　月　日  （　　　　歳） |
| 氏　名 |  | | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | |
| 電話(自宅） | | | | |  | | | 電話(携帯) | |  | | |
| 加害者に関する事項 | 加　害　者 | 店舗等名　称 |  | | | | | | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | |
| 管理者 |  | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | |
| 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。  　　　　　　年　　月　　日  住　　所  氏　　名  電話番号  秋田県後期高齢者医療広域連合　広域連合長　　　様 | | | | | | | | | | | | | | |