

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							