

第三者行為による届出書（食中毒）

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)				
	保健所への届出	届済・未届	届出保健所	保健所	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
		【備考】			電話	
		加害者との関係	本人・従業員・その他()			
	生産物賠償責任保険	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					
	治療機関	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 _____