

受付 年 月 日

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

届出者 住所

氏名 ⑩

連絡先

## 第三者行為による傷病等聞取り調書

被保険者番号						※番号記載	
被保険者名(被害者名)	フリガナ		生年月日				
	氏名		性別		職業		
負傷原因 (該当箇所に○)	1 交通事故(自損事故は含まない)						
	2 交通事故以外 (1) 自転車 (2) 動物による咬傷等 (3) 食中毒 (4) ケンカ (5) その他(具体的に: )						
事故発生年月日	年	月	日	午前・午後	時	分	
事故発生場所							
事故発生原因・状況							
警察署・保健所等への届出	届済	・	未届	届出所轄/機関	警察署/保健所		
加害者(第三者)	住所				電話番号		
	氏名		性別		職業		
	車両番号			所有者氏名			
	保険加入状況	自賠責保険		保険株式会社・農協組合			
				証明書番号			
	任意保険 (個別賠償含む)		保険株式会社・農協組合				
			証明書番号				