

受付 年 月 日

様式第34号の7(第58条の2関係)

鹿沼市長宛

届出者 住所

氏名

印

連絡先

## 第三者行為による傷病等聞き取り調書

被保険者記号・番号	記号	番号					
被保険者(被害者)	フリガナ		生年月日				
	氏名		性別		職業		
	住所	〒					
	届出者との関係		連絡先	TEL			
加害者(第三者)	フリガナ		生年月日				
	氏名		性別		職業		
	住所	〒					
	連絡先	TEL					
保険加入状況 (第三者)	加入の有無	□あり	□なし	□不明			
	保険株式会社・農協組合			契約番号			
	取扱店所在地	〒					
	電話番号	TEL			担当者名		
負傷原因 (該当箇所に○)	1. 自転車 2. 動物等による咬傷等 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 分頃						
事故発生場所							
事故発生原因・状況	(図や文章を用いて、できる限り詳細にご記載ください。)						
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		
治療状況	診療機関名						
	治療開始日～ 治療終了(予定)日		年 月 日～ 年 月 日				