

第三者行為による傷病届（介護保険用）

被保険者			明・大・昭・平 年 月 日生		届出人との続柄	
	保険者番号		被保険者番号			
	要介護状態区分		認定有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
負傷の日時 および場所	年 月 日 午前 時 分頃、場所 午後					
発病の原因	・自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・殴打・刺傷 ・その他（ ）			負傷時の状況	1. 業務中 2. 私用中	
介護サービスの利用状況	サービスの種類		事業所名		サービス利用開始年月日	
相手方	住所			氏名		職業
				生年月日	年 月 日生	電話
相手方の使用者	住所			氏名		職業
				生年月日	年 月 日生	電話
相手方の保健関係	自賠責保険契約会社名				証明書番号	
	契約者住所				契約者氏名	
	所有者住所				所有者氏名	
	登録番号（車両番号）				車台番号	
			有・無	保険会社名		電話
				担当者		
損害賠償に関する交渉の経過	示談成立の有無		有・無 示談日		年 月 日 成立	
上記のとおりお届けします。						
令和 年 月 日						
届出人 住所						
氏名 ㊟						
すさみ町長 あて						

- 1 損害賠償に関する交渉の経過は詳細に記入し、示談が成立した時は示談書写しを提出してください。
- 2 自動車の轍き逃げ等で相手方が不明の場合は、その旨を書いてください。
- 3 後日調査の必要上、関係者の電話番号はできるだけ記入してください。