

第三者行為による傷病届(介護保険用)

被保険者	フリガナ 氏名		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	年 月 日生	職業	電話
相手方の 使用者	住所	氏名	年 月 日生	職業	電話
相手方の 保険関係	自賠責保険 契約会社名	保険株式会社 農業協同組合		証明書番号	第 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	
	任意保険 の有無	有・無	保険株式会社 連絡先() 農業協同組合 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。 年 月 日 届出人 住所 氏名 印 鎌倉市長殿					
注 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 自動車の轢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等はできるだけ記入してください。					