

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	カイゴ アイコ 介護 愛子		明・大昭・平 15年8月11日生	届出人と の続柄	本人
	保険者番号	〇〇〇〇		被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇	
	要介護状態区分	要介護3	認定有効期間	令和年月日～年月日		
負傷の日時 および場所	令和年月日 午前 午後			3時30分頃、場所 ▲▲市★★6-2		
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		
	居宅介護支援 通所介護	◆◆ケアサービス ×××事業所		令和年月日 令和年月日		
相手方	住所	▲▲市★★27-1	氏名	神奈川 花子 昭和20年7月3日生	職業	会社員 電話 112-1112
相手方の 使用者	住所	▲▲市〇〇5532	氏名	足柄 次郎 昭和19年12月13日生	職業	△△(株)△△支店 電話 221-2221
相手方の 保険関係	自賠責保険 契約会社名	〇〇海上火災	保険株式会社 農業協同組合	証明書番号	第 AA-2222 号	
	契約者住所	▲▲市★★27-1	契約者氏名	神奈川 花子		
	所有者住所	同上	所有者氏名	同上		
	登録番号 (車両番号)	▲▲55は5555	車台番号	EX66-666		
	任意保険 の有無	有・無	●●●●損保	保険株式会社 農業協同組合	連絡先(329-3443) 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 ▲▲市▲▲▲123-1 氏名 介護 愛子						
▲▲ 市 町 村 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。