

## 第三者行為による傷病届(介護保険用)

被保険者 (被害者)	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	平成 年 月 日～ 年 月 日		
負傷の日時 および場所	平成 年 月 日	午前 午後	時 分頃	場所		
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
傷病又は負傷の程度				治癒までの 見込み		
医療機関名	当初			転院後		
	治療開始日	年 月 日	治療開始日	年 月 日		
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	
					平成 年 月 日	
					平成 年 月 日	
					平成 年 月 日	
相手方 (加害者)	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			証明書番号		
	保険期間	年 月 日～ 年 月 日 月	力	登録番号 (車両番号)		
				車台番号		
	契約者住所			契約者氏名		
	所有者住所			所有者氏名		
	会社名 (共済名)			担当者氏名 電話番号		
	証券番号 (契約番号)			保険期間	年 月 日～ 年 月 日 力月	
契約者住所			契約者氏名			
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	平成 年 月 日	成立	
上記のとおりお届けします。						
平成 年 月 日 届出人 住 所 氏 名 印 連絡先						
湧別町長 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。						