

第三者行為による被害届(介護保険用)

被害者	フリガナ 被保険者氏名		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	
加害者	住所		氏名	年 月 日生	職業 電話
加害者の 使用者	住所		氏名	年 月 日生	職業 電話
負傷の日時 および場所	年 月 日 午前 午後 時 分頃、場所				
発病の原因又は 負傷時の状況					
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		
自動車事故 の場合の 加害自動車	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 (対人)の有無	有・無	保険株式会社 農業協同組合		連絡先() 担当者()
	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 厚 木 市 長 殿					

- 注 1 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。
- 2 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。
- 3 自動車の轍き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いてください。
- 4 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。