

年 月 日

第三者行為による被害届(介護保険)

東三河広域連合長 様
(届出者) 住所 氏名

次のとおりお届けします。

事故発生日		年 月 日 午(前・後) 時 分		事故発生場所				
事故原因と状況								
被害者名 (被保険者名)		被保険者証番号		職業				
		住所 (〒 -)						
		フリガナ		電話 ()				
		氏 名						
		生年月日		年 月 日		性別 男 女		
第 三 者 に 関 する 事 項	運 転 者		氏 名		生 年 月 日 (明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日			
			住 所 (〒 -)					
			職 業		電 話 ()			
	保 有 者		氏 名		生 年 月 日 (明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日			
			住 所 (〒 -)					
			職 業		電 話 ()			
			運 転 者 と の 関 係		本 人 ・ 親 族 (続 柄) ・ 事 業 主 ・ そ の 他 ()			
	契 約 者		氏 名		生 年 月 日 (明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日			
			住 所 (〒 -)					
			職 業		電 話 ()			
			運 転 者 と の 関 係		本 人 ・ 親 族 (続 柄) ・ 事 業 主 ・ そ の 他 ()			
	自 賠 責 保 険		有 無	保 険 会 社		証 明 書 番 号		
	任意保険 (対人)		有	保 険 会 社		支 店 名 課 名 担 当 者 名		
			無	証 券 番 号		電 話 番 号 ()		
	要介護 区 分		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		保険給付開始日		年 月 日	
			事故日前の要介護度					
			非該当・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5					
介護サービス利用状況				医療保険求償等利用状況の有無				
事業所名		利用開始(受領)日		保 険 の 種 類	国民健康保険 後期高齢者医療 条例等による福祉医療		有・無 有・無 有・無	
		年 月 日						
		年 月 日						
		年 月 日						
住宅改修 ()		年 月 日			社会保険		有・無	
福祉用具の購入 ()		年 月 日		診 療 開 始 日		年 月 日		

注意 この申請書に次の書類を添付して提出して下さい。
1. 事故発生状況報告書 2. 事故証明書 3. 念書等

東三河広域連合長 様 第三者行為による被害届(介護保険)

(届出者) 住所 ○○市△△町××番地
氏名 被害 太郎

次のとおりお届けします。

事故発生日	XX 年 XX 月 XX 日 午(前・後) XX 時 XX 分		事故発生場所	○○市△△町××番地				
事故原因と状況	信号のない交差点において、出会い頭に衝突した。							
被害者名 (被保険者名)	被保険者証番号	XXXXXXXXXX		職業	無職			
	住所	(〒XXX-XXXX) ○○市△△町××番地						
	フリガナ	ヒガイ タロウ		電話	XXXX (XX) XXXX			
	氏名	被害 太郎						
	生年月日	XX 年 XX 月 XX 日		性別	男 女			
第三者に 関する 事項	運 転 者	氏 名	加害 次郎		生 年 月 日	(明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) XX 年 XX 月 XX 日		
		住 所	(〒XXX-XXXX) ○○市△△町××番地					
		職 業	会社員		電 話	XXXX (XX) XXXX		
	保 有 者	氏 名	同上		生 年 月 日	(明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日		
		住 所	(〒 -)					
		職 業			電 話	()		
	契 約 者	運 転 者 との 関係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()					
		氏 名	同上		生 年 月 日	(明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日		
		住 所	(〒 -)					
	契 約 者	職 業			電 話	()		
		運 転 者 との 関係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()					
		自 賠 責 保 険	有 無	保 険 会 社	三 角 損 害 保 険		証 明 書 番 号	XXXXXXXXXX
	任 意 保 険 (対 人)	有 無	保 険 会 社	日 の 出 損 害 保 険		支 店 名	課 名	担 当 者 名
						○○サービス センター		損保 一夫
		無	証 券 番 号	XXXXXXXXXX		電話番号 XXXX (XX) XXXX		
	要介護区分	要支援1・2 要介護1・2 ③・4・5		保険給付開始日		XX 年 XX 月 XX 日		
		事故日前の要介護度						
		非該当・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5						
介護サービス利用状況				医療保険求償等利用状況の有無				
事業所名		利用開始(受領)日		保 険 の 種 類	国民健康保険 後期高齢者医療 条例等による福祉医療		有・無 有・無 有・無	
特別養護老人ホーム ○○		XX 年 XX 月 XX 日						
		年 月 日						
		年 月 日						
住宅改修 (手すり)		XX 年 XX 月 XX 日		社会保険		有・無		
福祉用具の購入 ()		年 月 日		診 療 開 始 日		XX年XX月XX日		

注意 この申請書に次の書類を添付して提出して下さい。

1. 事故発生状況報告書 2. 事故証明書 3. 念書等