

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             | 午(前・後)                  | 年<br>月<br>日<br>時<br>分 | 事故発生場所               |    |                       |                                 |                            |      |
| 事故原因と状況           |                         |                       |                      |    |                       |                                 |                            |      |
| 被害者名<br>(被保険者名)   | 被保険者証番号                 |                       |                      |    | 職業                    |                                 |                            |      |
|                   | 住所                      | (〒一)                  |                      |    |                       |                                 |                            |      |
|                   | フリガナ                    |                       |                      |    |                       |                                 |                            |      |
|                   | 氏名                      |                       |                      |    | 電話                    | ( )                             |                            |      |
| 生年月日              | 年 月 日                   |                       |                      | 性別 | 男 女                   |                                 |                            |      |
| 第三者に<br>関する事<br>項 | 運転者                     | 氏名                    |                      |    |                       | 生年<br>月日                        | ( 明 · 大 · 昭 · 平 )<br>年 月 日 |      |
|                   |                         | 住所                    | (〒一)                 |    |                       |                                 |                            |      |
|                   |                         | 職業                    |                      |    |                       | 電話                              | ( )                        |      |
|                   | 保有者                     | 氏名                    |                      |    |                       | 生年<br>月日                        | ( 明 · 大 · 昭 · 平 )<br>年 月 日 |      |
|                   |                         | 住所                    | (〒一)                 |    |                       |                                 |                            |      |
|                   |                         | 職業                    |                      |    |                       | 電話                              | ( )                        |      |
|                   | 契約者                     | 運転者<br>との関係           | 本人・親族(続柄)・事業主・その他( ) |    |                       |                                 |                            |      |
|                   |                         | 氏名                    |                      |    |                       | 生年<br>月日                        | ( 明 · 大 · 昭 · 平 )<br>年 月 日 |      |
|                   |                         | 住所                    | (〒一)                 |    |                       |                                 |                            |      |
|                   |                         | 職業                    |                      |    |                       | 電話                              | ( )                        |      |
| 自賠責<br>保険         | 運転者<br>との関係             | 本人・親族(続柄)・事業主・その他( )  |                      |    |                       |                                 |                            |      |
|                   | 有                       | 保険会社                  |                      |    |                       | 証明書<br>番号                       |                            |      |
|                   | 無                       | 保険会社                  |                      |    |                       | 支店名                             | 課名                         | 担当者名 |
|                   | 任意保険<br>(対人)            | 有                     |                      |    |                       |                                 |                            |      |
| 無                 |                         | 証券番号                  |                      |    |                       | 電話番号                            | ( )                        |      |
| 要介護<br>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<br>險<br>の<br>種<br>類 | 国民健康保険<br>後期高齢者医療<br>条例等による福祉医療 |                            |      |
|                   |                         | 年 月 日                 |                      |    |                       | 有・無                             |                            |      |
|                   |                         | 年 月 日                 |                      |    |                       | 有・無                             |                            |      |
|                   |                         | 年 月 日                 |                      |    |                       | 有・無                             |                            |      |
| 住宅改修 ( )          |                         | 年 月 日                 |                      |    |                       | 社会保険                            |                            |      |
| 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

## 記載例

XX 年 XX 月 XX 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 ○○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<br>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<br>(被保険者名)   |                         | 被保険者証番号                   | XXXXXXX               |                       | 職業                              | 無職  |                |
|                   |                         | 住所                        | (〒XXX-XXX) ○○市△△町××番地 |                       |                                 |   |                |
|                   |                         | フリガナ                      | ヒガイ 夕ゆ                |                       | 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<br>関する事<br>項 | 運転者                     |                           | 氏名                    | 加害 次郎                 | 生年<br>月日                        | (明・大・昭・平)<br>XX年XX月XX日                                |                |
|                   |                         |                           | 住所                    | (〒XXX-XXX) ○○市△△町××番地 |                                 |   |                |
|                   |                         |                           | 職業                    | 会社員                   |                                 | 電話  | XXXX (XX) XXXX |
|                   | 保有者                     |                           | 氏名                    | 同上                    | 生年<br>月日                        | (明・大・昭・平)<br>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                    | 同上                    | 生年<br>月日                        | (明・大・昭・平)<br>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<br>保険         | 有                       | 保険会社                      | 三角損害保険                | 証明書<br>番号             | XXXXXXX                         |   |                |
|                   | 無                       |                           |                       |                       |                                 |   |                |
|                   | 任意保険<br>(対人)            | 有                         | 保険会社                  | 日の出損害保険               | 支店名                             | 課名  | 担当者名           |
|                   |                         | 無                         |                       |                       | ○○サービス<br>センター                  |   | 損保 一夫          |
|                   |                         | 無                         | 証券番号                  | XXXX (XX) XXXX        |                                 |   |                |
|                   |                         |                           |                       | 電話番号                  |                                 |   |                |
|                   |                         |                           |                       |                       |                                 |   |                |
| 要介護<br>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<br>險<br>の<br>種<br>類 | 国民健康保険<br>後期高齢者医療<br>条例等による福祉医療 | 有・無<br><input checked="" type="checkbox"/> 有・無<br>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               |                       |                       |                                 |   |                |
| 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